



## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



## **UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS**



**IPBeja**  
INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE BEJA

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



Instituto Politécnico  
de Castelo Branco

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS**

**Intervenção Terapêutica do Enfermeiro  
Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e  
Psiquiátrica com o Cuidador Informal em  
Sobrecarga, na UCC**

**Maria da Graça Ferreira Gamito Damião Correia**

Orientação: Professora Paula Leal

**Mestrado em Enfermagem**

Área de especialização: Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Relatório de Estágio

Setúbal, 2019



## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



## **UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS**



## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



Instituto Politécnico  
de Castelo Branco

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS**

**Intervenção Terapêutica do Enfermeiro  
Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e  
Psiquiátrica com o Cuidador Informal em  
Sobrecarga, na UCC**

**Maria da Graça Ferreira Gamito Damião Correia**

**Orientação: Professora Paula Leal**

**Mestrado em Enfermagem**

**Área de especialização: Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica**

**Relatório de Estágio**

**Setúbal, 2019**

## DEDICATÓRIA

“Mesmo quando tudo parece desabar,  
cabe a mim decidir entre rir ou chorar,  
ir ou ficar, desistir ou lutar, porque descobri,  
no caminho incerto da vida,  
que o mais importante é o decidir”.

*Cora Coralina*

“Não somos apenas o que pensamos ser.  
Somos mais, somos também o que lembramos  
e aquilo de que esquecemos;  
somos as palavras que trocamos,  
os enganos que cometemos,  
os impulsos a que cedemos, sem querer”.

*S. Freud*

## **AGRADECIMENTOS**

Finalizado este percurso gostaria de agradecer às pessoas presentes direta ou indiretamente, que me apoiaram e nunca duvidaram de que este momento chegaria.

Desde já saliento as pessoas que tornaram possível a realização deste Relatório:

- Aos cuidadores familiares principais, assim como aos seus familiares dependentes, pela disponibilidade e carinho com que sempre me receberam;
- À Professora Paula Leal pela orientação e disponibilidade em todas as fases deste Relatório;
- Ao Enfermeiro supervisor Jordão Abreu elemento integrante da equipa de enfermeiros da UCC, onde se realizou o Estágio Final por todo o apoio, disponibilidade e confiança depositada para vencer obstáculos;
- À Enfermeira Coordenadora da UCC e restante equipa de enfermagem por toda a disponibilidade, apoio e carinho prestados;
- Ao meu marido e filho, pelo amor, motivação, apoio incondicional e compreensão por tantas horas dedicadas na construção deste Relatório, em detrimento de alguns dos nossos momentos;
- Aos meus pais presentes mãe principalmente, cuidadora familiar principal do meu pai, a minha força impulsionadora para a conclusão deste Relatório;
- À minha prima Zézinha (Maria José Patrocínio) pela sua disponibilidade e apoio prestado, na concretização deste Relatório.

Obrigada sem vocês não teria sido possível!



## RESUMO

**TÍTULO:** Intervenção Terapêutica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica com o Cuidador Informal em Sobrecarga, na UCC

Estima-se 827.000 cuidadores informais em Portugal. Os cuidados requerem esforço contínuo a nível cognitivo, emocional e físico levando a um aumento de stress e sobrecarga no cuidador informal. Da evidência e realidade profissional emergiu o problema: Quais as intervenções terapêuticas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica com o cuidador informal em sobrecarga, na UCC? Realizou-se uma Revisão Integrativa da Literatura integrando-a na Metodologia de Projeto. O objetivo principal foi refletir sobre a importância da intervenção terapêutica do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica no âmbito do cuidado de enfermagem com o cuidador informal em sobrecarga. A evidência revelou a que a oportunidade para expressar necessidades/acolher sentimentos do cuidador informal é um estímulo para (enfermeiro-cuidador) planearem intervenções terapêuticas eficazes na gestão da sobrecarga. Identificámos intervenções terapêuticas como: psicoeducação, aconselhamento psicoterapêutico individual e partilha em grupo.

**Palavras-chave:** Cuidador informal; Enfermagem Psiquiátrica; Intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica

## ABSTRACT

**TITLE:** Therapeutic Intervention of Nursing Specialist in Mental and Psychiatric Health Nursing with Informal Overloader at UCC

An estimated 827,000 informal caregivers in Portugal. Care requires continuous effort at the cognitive, emotional, and physical level leading to increased stress and overload in the informal caregiver. From the evidence and professional reality emerged the problem: What are the therapeutic interventions of the Specialist Nurse in Mental and Psychiatric Health with the informal caregiver in overload, in the UCC? An Integrative Review of Literature was carried out integrating it in the Project Methodology. The main objective is to reflect on the importance of the therapeutic intervention of the specialist nurse in mental and psychiatric health in the scope of nursing care with the informal caregiver in overload. Evidence has shown that the opportunity to express needs/welcome feelings of the informal caregiver is a stimulus for (nurse-caregiver) to plan effective therapeutic interventions in the management of the burden. We identified therapeutic interventions as: psychoeducation, individual psychotherapeutic counseling and group sharing.

**Keywords:** Informal Caregiver; Psychiatric Nursing; Intervention of Specialist Nurse in Mental Health and Psychiatric.

## **ÍNDICE DE FIGURAS**

**FIGURA nº 1 – Diagrama das etapas do método de pesquisa de uma Revisão Integrativa ..... 47**

**FIGURA nº 2 – Diagrama de fluxo da seleção e eliminação dos artigos que integram a revisão bibliográfica ..... 55**

## ÍNDICE DE QUADROS

<b>Quadro nº 1 - Estudos incluídos na Revisão Integrativa da Literatura, população/amostra e sua caracterização .....</b>	<b>55</b>
<b>Quadro nº 2 - Extração de dados/resultados dos estudos da Revisão Integrativa da Literatura .....</b>	<b>57</b>
<b>Quadro nº 3 - Intervenções de enfermagem identificadas de acordo com as quatro fases da teoria das relações interpessoais de Hildegard Peplau .....</b>	<b>64</b>
<b>Quadro nº 4 - Referencial teórico dos diagnósticos de enfermagem e das intervenções/ações terapêuticas do EESMP com o cuidador informal/familiar em sobrecarga .....</b>	<b>70</b>



## **ABREVIATURAS/ACRÓNIMOS/SIGLAS**

ACES – Agrupamento dos Centros de Saúde  
ACESAR – Agrupamento dos Centros de Saúde Arco Ribeirinho  
APA – American Psychological Association  
AVD – Atividades de Vida Diárias  
CCI – Cuidados Continuados Integrados  
CDE – Código Deontológico do Enfermeiro  
CF – Cuidador Familiar  
CFP – Cuidador Familiar Principal  
CHBM – Centro Hospitalar Barreiro Montijo  
CI – Cuidador Informal  
CPI – Cuidados Pediátricos Integrados  
CSBE – Cuidados de Saúde Baseados em Evidência  
CSP – Cuidados de Saúde Primários  
DGS – Direção Geral da Saúde  
DL – Decreto- Lei  
ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados  
ECL – Equipa Coordenadora Local  
EEESMP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica  
EESMP – Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica  
EESM – Enfermeiro Especialista em Saúde Mental  
et al – E Outros  
INE – Instituto Nacional de Estatística  
ISS – Instituto da Segurança Social  
MS – Ministério da Saúde  
OE – Ordem dos Enfermeiros  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
p. – Página  
p.p – Páginas  
PBE – Prática Baseada em Evidência  
PC – Prestador de Cuidados

PCI – Prestador de Cuidados Informais

PICO – População, Intervenção, Intervenção de Comparação, Outcome

PLS – Plano Local de Saúde

PNS – Plano Nacional de Saúde

RCAAP – Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal

REPE – Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SClinico – Sistema de Informação Clínico

SNS – Sistema Nacional de Saúde

UC – Unidade Curricular

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCCI – Unidade de Cuidados Continuados Integrados

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

USF – Unidade de Saúde Familiar

USP – Unidade de Saúde Pública

Vol. – Volume

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
 <b>PARTE I .....</b>	 <b>16</b>
<b>1 - ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL .....</b>	<b>16</b>
1.1- Aspectos Demográficos do Envelhecimento.....	16
1.2- A Pessoa Dependente e a Dependência.....	18
1.3- Cuidados Continuados .....	20
1.4- Cuidar da Pessoa Dependente.....	23
1.5- Cuidadores Informais .....	24
1.6- Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau .....	28
1.7- Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica .....	33
1.8- A Sobrecarga do Cuidador Informal.....	35
 <b>2 - CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO .....</b>	 <b>40</b>
 <b>3 - METODOLOGIA DE PROJETO .....</b>	 <b>45</b>
3.1- Diagnóstico da Situação .....	48
3.2- Definição de Objetivos .....	51
3.3- Planeamento .....	52
3.4- Execução.....	63
3.5- Avaliação .....	75
 <b>PARTE II.....</b>	 <b>78</b>
 <b>4 - ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS .....</b>	 <b>78</b>

<b>4.1- Competências Comuns do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica .....</b>	<b>79</b>
<b>4.2- Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica .....</b>	<b>92</b>
<b>4.3- Competências de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica .....</b>	<b>109</b>
 <b>CONCLUSÃO .....</b>	 <b>117</b>
 <b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	 <b>120</b>
 <b>ANEXOS.....</b>	 <b>CXXXV</b>
<b>Anexo I – Escala de Sobrecarga do Cuidador (Zarit) .....</b>	<b>CXXXVI</b>
<b>Anexo II – Escala de Ansiedade (Hamilton) .....</b>	<b>CXL</b>
<b>Anexo III – Certificado do 1º Fórum da Saúde Mental – Lisboa .....</b>	<b>CXLV</b>
<b>Anexo IV – Certificado das 1ªs Jornadas de Psiquiatria e Saúde Mental do CHBM .....</b>	<b>CXLVII</b>
<b>Anexo V – Certificado das Jornadas de Saúde Mental 2018 .....</b>	<b>CXLIX</b>
 <b>APÊNDICES .....</b>	 <b>CLI</b>
<b>Apêndice I – Tabelas de Avaliação dos Estudos para a Revisão Integrativa da Literatura ....</b>	<b>CLII</b>
<b>Apêndice II – Artigo Científico "Intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica na Sobrecarga do Cuidador Familiar: Revisão Integrativa" .....</b>	<b>CLVIII</b>



## INTRODUÇÃO

O presente Relatório advém da Unidade Curricular Relatório, inserida no 2º Curso de Mestrado em Enfermagem na Especialidade de Saúde Mental e Psiquiátrica, lecionado na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal em associação com as Escolas Superiores de Enfermagem e Saúde designadamente, a Escola Superior de Saúde São João de Deus da Universidade de Évora, a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre, a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja e a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Castelo Branco, para obtenção do grau de mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Este Relatório de Mestrado integrado na Unidade Curricular Relatório, enquadrada no Mestrado em Enfermagem, na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica constitui-se como um trabalho científico de descrição e reflexão crítica fundamentada no âmbito do Estágio I e Estágio Final permitindo o desenvolvimento de Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista e Competências de Mestre, sendo alvo de prova pública perante um júri (Regulamento do Estágio Final e Relatório do Mestrado em Enfermagem, 2018).

O desenvolvimento deste Relatório baseou-se na Metodologia de Projeto a qual se centra na *“resolução de problemas e através dela adquirem-se capacidades e competências de características pessoais pela elaboração e concretização de projetos numa situação real”* (Ruivo et al., 2010, p. 3). Tendo em conta os pressupostos anteriormente apresentados consideram-se como objetivos de aprendizagem deste Relatório os seguintes:

- Apresentar o Relatório de Mestrado, através da Metodologia de Projeto;
- Refletir sobre a importância da intervenção do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica no âmbito do cuidado de enfermagem ao cuidador informal/familiar em sobrecarga na UCC;
- Descrever reflexivamente a aquisição das competências desenvolvidas no percurso do Mestrado e Estágio Final.

Em enfermagem a formação prática realiza-se sob a forma de ensinamentos clínicos/estágios e constitui um momento privilegiado para a aprendizagem do estudante, com vista à promoção do contato direto com as pessoas e com as suas realidades (Hesbeen, 2000). O curso de



especialidade com mestrado integrado teve duas componentes de estágio, o Estágio I, que decorreu entre 14 de maio a 22 de junho de 2018, com um total de 162 horas e o Estágio Final, que decorreu entre 18 de setembro de 2018 a 25 de janeiro de 2019, com um total de 648 horas.

Bolonha define como objetivos, a educação e a formação ao longo da vida constituindo-se como elementos fundamentais do Espaço Europeu do Ensino Superior. De acordo com os objetivos propostos para a consolidação do Espaço Europeu do Ensino Superior (Declaração de Bolonha, 1999 citado por, Unidade de Reconhecimento Validação de Competências – Instituto Politécnico de Setúbal, 2007) foi criado um sistema de créditos, como meio de incentivar a mobilidade de estudantes podendo estes serem obtidos pelo reconhecimento de aprendizagens adquiridas em contextos de educação/formação não superior, em contextos não formais e informais ao longo da vida, tanto para o acesso, como para a construção dos percursos educativos mais flexíveis e adequados às características dos públicos-alvo. A nível do contexto Europeu o ensino superior tem contribuído para a concretização de uma sociedade de educação/formação ao longo da vida (Despacho nº 88/2007, citado por Unidade de Desenvolvimento, Reconhecimento e Validação de Competências – Instituto Politécnico de Setúbal, 2007).

Segundo refere o Diário da República (Despacho nº 11641/2014) tem como objetivo aprovar o processo de creditação de unidades curriculares de estudantes matriculados nas Escolas do Instituto Politécnico de Setúbal, com vista ao prosseguimento de estudos para obtenção de um grau académico ou diploma. No artigo 2º na alínea f) os créditos podem ser atribuídos pela experiência profissional devidamente comprovada, até ao limite de um terço do total dos créditos do ciclo de estudos, nos termos do Regulamento do Processo de Reconhecimento e Validação de Competências do Instituto Politécnico de Setúbal. Tivemos creditação ao Estágio I pelo processo de Reconhecimento e Validação de Competências, através dos meios de prova solicitados (Dossier/Portfólio de Competências) e uma entrevista para avaliação e justificação das competências apresentadas no portfólio desenvolvidas em contexto profissional.

O Estágio final realizou-se em instituição acolhedora uma Unidade de Cuidados Continuados, com as características indispensáveis ao aprofundamento e desenvolvimento de competências especializadas do mestrando. Face ao exposto e como primeira etapa da linha de investigação foi realizado um diagnóstico da situação à população inscrita na Rede de Cuidados Continuados Integrados e que se apresentava, com carência de apoio na área da saúde mental. Detetaram-se vários utentes dependentes inscritos na Rede de Cuidados Continuados Integrados com cuidados continuados no domicílio, em que os seus cuidadores informais/familiares se encontravam sinalizados pela equipa de enfermagem com sintomatologia de sobrecarga. Definimos como área

temática do nosso percurso formativo o domínio da intervenção terapêutica do enfermeiro especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica com o cuidador informal em sobrecarga, na UCC.

A escolha do tema “ Intervenção Terapêutica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica com o Cuidador Informal em sobrecarga, na UCC”, para este Relatório prende-se em primeiro lugar pela necessidade pessoal, que decorre da vontade de aprofundar a problemática inerente aos cuidadores informais/familiares e de ganhar experiência em intervenção terapêutica no cuidado com o cuidador informal/familiar em sobrecarga.

Em segundo lugar surge a necessidade em termos profissionais por ser uma temática de grande interesse e atualidade, no âmbito da prestação de cuidados domiciliários e pela carência de cuidados estruturados nesta área. Em conformidade com o enfermeiro supervisor em contexto de estágio e professor orientador do Curso de Mestrado optámos por efetuar um estudo de Revisão Integrativa da Literatura, que decorreu entre 18 de setembro a 25 de janeiro possibilitando através da investigação desenvolver a nossa prática baseada na evidência científica ao adquirir e mobilizar conhecimentos na prática.

Em terceiro lugar pela necessidade técnico-científica de produzir um estudo de investigação, sendo proposto neste curso de mestrado a elaboração de uma Revisão Integrativa como um método, que permite a incorporação de evidência sobre um tema ou questão, de forma sistemática e abrangente constituindo um corpo de conhecimento disponível. Os estudos de Revisões Integrativas realizam-se de uma forma organizada com o intuito de aprofundar conhecimentos em determinada temática (Mendes, Silveira, Galvão, 2008).

O conseqüente aumento da longevidade e as alterações demográficas traduzem uma inversão das pirâmides etárias e uma maior prevalência das doenças crónicas e de dependência para as atividades da vida diária, ao mesmo tempo que coloca à sociedade em geral, às famílias e aos governos, desafios para os quais não estavam preparados (Direção Geral de Saúde [DGS], 2006).

Em Portugal, a família continua a ser a principal fonte de apoio nos cuidados diretos, no apoio psicológico e nos contatos sociais à pessoa dependente, pelo que passa a assumir o papel central nos cuidados à pessoa dependente no domicílio. O “envolvimento da família nos cuidados de saúde constituiu desde sempre um ato de vida” (Moreira, 2006, p. 43). O Cuidador Familiar Principal (CFP) é o membro da família, onde recai a responsabilidade integral do cuidar, supervisionar, orientar e acompanhar a pessoa dependente, assim como o maior número de horas por dia despendido ao cuidado. Estima-se mais de 100 milhões de cuidadores na Europa,

em Portugal existem cerca de 827 mil cuidadores informais (perto de 207 mil a tempo inteiro e os restantes a tempo parcial) este trabalho invisível dos cuidadores informais ronda os custos de 333 milhões de euros/mês e de aproximadamente 4 mil milhões de euros/ano, segundo dados da rede de organizações europeias (EUOCARERS, 2017) e de um estudo a nível nacional (Trindade, *et al.*, 2017).

Neste sentido evidencia-se o papel do enfermeiro a exercer funções em Cuidados de Saúde Primários como resposta às necessidades das famílias, que cuidam de pessoas dependentes no domicílio. Prestar cuidados de enfermagem no domicílio promove um cuidado centrado no cuidador familiar, da pessoa seu familiar dependente, potenciando relações assertivas e facilitadoras da expressão de sentimentos.

O Relatório encontra-se estruturado em duas partes, cada uma delas contendo vários capítulos. A Parte I refere-se ao enquadramento concetual, onde se pretende abordar alguns conceitos, que consideramos pertinentes para enquadrar a temática escolhida e inclui três grandes capítulos. No primeiro iremos abordar conceitos como: aspetos demográficos do envelhecimento, a pessoa dependente e a dependência, cuidados continuados, cuidar da pessoa dependente, cuidadores informais e como um subponto deste, abordamos o quadro concetual de enfermagem que melhor suporta as nossas intervenções terapêuticas a Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau, de seguida explanamos a enfermagem de saúde mental e psiquiátrica e finalizamos com a sobrecarga do cuidador informal, sendo o segundo capítulo da Parte I a caracterização do local, onde decorreu o estágio. No terceiro capítulo enquadrámos a Metodologia de Projeto e as cinco fases respetivamente: diagnóstico da situação, definição de objetivos, planeamento, execução e avaliação.

Na Parte II pretende-se realizar uma análise reflexiva das competências na área de Saúde Mental e Psiquiátrica em Enfermagem, que após um longo percurso académico em interligação com a prática clínica em contexto de estágio, permitiu que as competências fossem desenvolvidas e implementadas. O último capítulo diz respeito às considerações finais e conclusões, onde constará a análise decorrente da realização deste Relatório e um balanço dos objetivos propostos, dificuldades sentidas e limitações do presente Relatório. Finaliza-se com a apresentação das referências bibliográficas, anexos e apêndices, cuja sequência de apresentação respeita a ordem com que são referidos ao longo do trabalho. Este Relatório está redigido segundo o novo acordo ortográfico e as normas de referenciação bibliográfica da American Psychological Association (APA).

## **PARTE I**

### **1 - ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL**

Iniciamos este primeiro capítulo pretendendo enquadrar as noções conceituais, que nortearam o percurso, fundamentaram as escolhas e estratégias definidas, que posteriormente vieram a suportar a ação desenvolvida.

O enquadramento conceitual constitui um processo e uma forma de formular ideias, definir os elementos de um problema, recolher a documentação relacionada a um tema preciso, com o intuito de encontrar uma conceção clara e organizada do objeto de estudo (Fortin, 2009).

O investigador nesta fase coloca em jogo raciocínio lógico, perspicácia e atitudes criativas, tal como uma base de conhecimentos sobre investigações prévias sobre o tema Polit e Hungler (2000).

#### **1.1 - Aspetos Demográficos do Envelhecimento**

O envelhecimento demográfico caracteriza-se pelo aumento da proporção das pessoas com mais de 65 anos na população total, comparativamente com a diminuição da população jovem ou população ativa. É um processo que implica múltiplas alterações fisiológicas, cognitivas e sociais sendo um processo individual, universal e irreversível (Abrunheiro, Apóstolo, Pinto, 2015). As alterações são progressivas e verificadas ao nível das características físicas e mentais de que resultam consequências associadas à idade cronológica, sendo a idade uma medida que ajuda a definir o envelhecimento de uma pessoa em termos quantitativos (Sequeira, 2010).

As transformações sofridas ao longo do processo de envelhecimento contribuem para o aparecimento de alguns défices funcionais o que aumenta a predisposição para o surgimento da



doença evoluindo para uma perda gradual nas reservas fisiológicas e um aumento do risco de contrair doenças, assim como um declínio geral na capacidade intrínseca da pessoa resultando por último em falecimento. Para além das mudanças significativas e das perdas biológicas incluem-se mudanças nos papéis e posições sociais, assim como a necessidade de lidar com perdas, nas relações mais próximas (Serra e Gemitto, 2013; Organização Mundial de Saúde [OMS], 2015).

A pessoa idosa passa a inserir-se num determinado contexto social e a interação que estabelece influencia a autoperceção que tem do seu processo de envelhecimento. Esta etapa é experienciada em vários contextos, no seu domicílio, no domicílio de outros familiares ou em equipamentos geriátricos (Apóstolo, Almeida, 2015). As alterações da dinâmica e estruturas familiares com o aumento da população de idosos revelam que nas últimas décadas registam-se mais idosos institucionalizados em equipamentos geriátricos, como lares e centros de dia, representando um acontecimento significativo na vida dos mesmos. No entanto a família continua a assumir um papel de relevo no suporte prestado ao idoso (Pimentel, 2001; Cordeiro, 2008; Ferreira, 2009).

De acordo com Costa (2017) o fenómeno do envelhecimento populacional é mundial e manifesta-se de forma rápida e distinta nos países trazendo desafios para as políticas públicas em assegurar a continuidade do processo de desenvolvimento económico e social, garantindo a equidade entre os grupos etários na partilha dos recursos, direitos e responsabilidades sociais. As diversas transformações exercem um forte impacto na sociedade como um todo e exigem adaptações e respostas a diversos níveis, nomeadamente por parte dos seus sistemas de suporte, como é o caso dos sistemas de saúde, segurança social, educação, justiça e transportes.

A diminuição da mortalidade e da natalidade traduz-se no progressivo envelhecimento da população e Portugal tal como outros países da Europa tem registado nas últimas décadas profundas transformações demográficas. As pirâmides etárias sobrepostas evidenciam o duplo envelhecimento com uma base estreita e um topo que se vai alargando, fenómeno que é visível nos últimos dez anos. A tendência de envelhecimento demográfico é uma realidade presente em todos os países da União Europeia e passa a constituir uma problemática de preocupação por diversos constituintes da sociedade tendo em conta os custos associados (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2018).



Os dados são assustadores e reveladores de que a solidão e isolamento social dos idosos leva a sofrimento, desinteresse pela vida e estados depressivos que podem ser fatais. Os serviços de saúde mental também têm um papel determinante no envelhecimento ativo e deviam ser parte integrante nos cuidados a longo prazo. É necessário estar particularmente atento aos subdiagnósticos de doença mental, nomeadamente à depressão e às taxas de suicídio entre pessoas idosas (OMS, 2015).

Torna-se importante desenvolver uma resposta de saúde pública ao envelhecimento e abordagens que possam ir ao encontro das perdas associadas à idade mais avançada, assim como considerar as perdas que podem reforçar a capacidade de resistência e o crescimento psicossocial (OMS, 2015).

Um estudo publicado pela agência *Eurofound* “Rendimento do Trabalho depois da Reforma na União Europeia” sugere que mais de 260 mil portugueses com mais de 65 anos ainda trabalham sendo pessoas ativas perante a sociedade INE (2018). Indo ao encontro deste pressuposto o Plano Nacional de Saúde definiu como uma das suas metas para 2020 a melhoria da esperança de vida saudável (65 anos), tendo em vista a obtenção de Mais Valor em Saúde. Neste documento o nosso país é retratado pela baixa natalidade e constituído por uma população envelhecida portadora de patologia crónica múltipla (DGS & Ministério da Saúde [MS], 2015).

## **1.2 - A Pessoa Dependente e a Dependência**

A melhoria das condições socioeconómicas e os progressos da medicina dão origem ao aumento da longevidade da população e consequentemente ao aumento de pessoas idosas ao qual se associa o aumento da incidência/prevalência de doenças crónicas e dependência nas atividades de vida diária. Nas últimas décadas com o envelhecimento da população temos assistido a profundas mudanças sociais e familiares a nível da estrutura e composição da família, relativamente ao apoio que os idosos irão receber no futuro (Gemito, 2015).

O envelhecimento traz limitações não só pelas consequências das doenças crónicas, perdas funcionais e cognitivas, mas também pela necessidade de cuidados domiciliários, o que acarreta mudanças e rotinas nas famílias prestadoras de cuidados (Pedreira & Oliveira, 2012). Na sociedade contemporânea a família representa um pilar fundamental de apoio à pessoa

dependente continuando a ser vista como uma instituição que suporta a realização da pessoa ou garante a sustentabilidade necessária aquando do envelhecimento (Araújo, *et al*, 2009).

A dependência retrata toda a situação em que se encontra a pessoa que não consegue realizar por si as atividades de vida diária por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual (Instituto da Segurança Social [ISS], 2014). Pode ser definida como:

*“a situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as actividades da vida diária”.* (Decreto-Lei [DL] nº 101/2006, p. 3857).

Os dados demográficos indicam que a dependência não é um fenómeno novo e que se tornou um problema complexo, com implicações sociais, económicas e políticas (Araújo *et al.*, 2010). Está relacionada com a incapacidade da pessoa em alcançar um nível de satisfação aceitável para conseguir colmatar as suas necessidades humanas básicas. A pessoa fica impossibilitada de adotar comportamentos ou realizar tarefas, mesmo com ajudas técnicas ou ajuda de terceiros para sobreviver (Sequeira, 2010).

Na globalidade dos países europeus 85% da carga da doença corresponde a doenças crónicas resultado do fenómeno da transição epidemiológica que traduz a importância relativa das doenças crónicas não transmissíveis em relação à fraca expressão das doenças infecciosas (DGS, 2015).

A doença crónica tem uma duração prolongada com evolução gradual da sintomatologia podendo levar a incapacidade e afetar diversas funções, nomeadamente a psicológica, fisiológica ou anatómica. Constitui uma doença incurável com limitações nas respostas e tratamentos curativos, podendo ser corrigida ou compensada, no entanto não deixa de representar uma repercussão negativa no contexto social da pessoa com doença crónica (DL nº 101/2006; ISS, 2014).

Os diferentes grupos de pessoas em situação de dependência, em diferentes momentos da própria evolução das doenças e em algumas situações sociais, será necessário ajustar diferentes respostas, que facilitem a autonomia e a participação dos destinatários, reforçando as

capacidades e competências das famílias, na adaptação a uma nova situação, o conciliar as obrigações da vida profissional com o acompanhamento do seu familiar (DL nº 101/2006).

### **1.3 - Cuidados Continuados**

Com o aumento da longevidade e consequentemente do número de pessoas com doenças incapacitantes, obriga à existência de redes de apoio formal, que garantam a efetiva continuidade de cuidados necessários. Neste sentido Portugal, no âmbito dos Ministério da Saúde, do Trabalho e da Segurança Social cria em 2006 a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) indo de encontro à criação de estruturas e normativas sociais que apoiem os cuidadores da pessoa dependente reduzindo a sobrecarga e o stress do cuidador familiar. A rede atua a dois níveis territoriais de operacionalização, regional e local e é constituída por unidades e equipas de cuidados continuados de saúde e ou de apoio social e de cuidados e ações paliativas, em serviços comunitários de proximidade, incluindo hospitais, centros de saúde, serviços distritais e locais da segurança social, a Rede Solidária e as autarquias locais (DL nº101/2006 de 6 de junho, p. 3857).

A RNCCI é constituída por valências de unidades de internamento, equipas domiciliárias e equipas hospitalares, onde se incluem as Unidades de Longa Duração e Manutenção, que proporcionam o internamento em situações temporárias, quando existem dificuldades de apoio familiar ou necessidade de descanso do cuidador principal até 90 dias por ano, divididos em períodos de 30 dias de cada vez (DL nº101/2006 de 6 de junho). Esta medida permite proporcionar ao cuidador principal um período de pausa da responsabilidade de cuidar e promover momentos para si, para que possa visitar e estar com familiares e amigos, realizar uma atividade laboral ou passar férias, assim como receber cuidados médicos se necessitar.

O DL n.º 101/2006, no artigo 6º refere que a prestação de cuidados da rede está centrada na recuperação global da pessoa visando a melhoria da sua funcionalidade e consequente recuperação da sua autonomia, permitindo a continuidade de cuidados individuais e humanizados, com multidisciplinaridade e interdisciplinaridade na prestação de cuidados, avaliação das necessidades da pessoa em situação de dependência, contribuindo concomitantemente para a participação e corresponsabilização da família, nomeadamente dos cuidadores principais na prestação dos cuidados.

Os cuidados de saúde a prestar são definidos tendo em conta o diagnóstico de saúde da comunidade e as estratégias de intervenção definidas no Plano Nacional de Saúde (PNS) e no Plano Local de Saúde (PLS), centrando a sua organização numa coordenação efetiva entre programas em desenvolvimento. Os programas e projetos integram-se no plano de ação do Agrupamento dos Centros de Saúde (ACES), em estreita articulação com as Unidades de Saúde Familiares (USF), Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), Unidade de Saúde Pública (USP) e com a Equipa Coordenadora Local (ECL), no âmbito da RNCCI, de acordo com as orientações técnicas.

Os Cuidados Continuados Integrados (CCI) incluem-se no Serviço Nacional de Saúde e no sistema de segurança social, os seus paradigmas da recuperação global e da manutenção assentam num processo ativo e contínuo pelo período para além do necessário no tratamento da fase aguda da doença ou da intervenção preventiva. Compreendem a reabilitação, a readaptação e a reintegração social, assim como a provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida, mesmo em situações irrecuperáveis (DL nº 101/2006 de 6 de junho).

A equipa de cuidados continuados integrados (ECCI) caracteriza-se por ser uma equipa multidisciplinar da responsabilidade dos cuidados de saúde primários e das entidades de apoio social para a prestação de serviços domiciliários, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, ou outros, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em progresso de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento, mas que o indivíduo não pode deslocar-se de forma autónoma (DL nº 101/2006 de 6 de junho).

As ECCI (s) devem garantir adequada acessibilidade e assegurar cuidados de natureza preventiva, curativa, de reabilitação e paliativa no domicílio e também através de atendimento telefónico, acompanhar, supervisionar e aconselhar o utente e/ou cuidador num horário alargado, em situações devidamente identificadas. Têm como objetivo que as pessoas dependentes permaneçam no seu domicílio prestando todo o apoio necessário, na realização de cuidados continuados integrados no domicílio (Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS], 2016).

A UCC é uma unidade funcional do agrupamento de centros de saúde (ACES) situando-se preferencialmente nas instalações de um dos Centros de Saúde pertencente ao respetivo ACES. A sua atividade desenvolve-se com autonomia organizativa e técnica em intercooperação com as



demais unidades funcionais do ACES em que se integra, sem prejuízo da articulação interinstitucional e intersectorial indispensável ao cumprimento da sua missão.

A sua missão visa contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, obtendo ganhos em saúde e concorrendo diretamente para o cumprimento da missão do ACES. Presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário às pessoas, famílias e grupos vulneráveis em situação de risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, atuando na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção (Despacho nº 10143/2009 de 16 de abril).

De acordo com o Relatório de monitorização da RNCCI - ACSS (2017) foi redefinida a alocação de recursos humanos destas equipas e houve novas respostas para áreas de cuidados específicas, como Cuidados Pediátricos Integrados (CPI) e de Saúde Mental.

Na estratégia de desenvolvimento da RNCCI destaca-se o reforço dos cuidados continuados integrados prestados no domicílio e em ambulatório, tal como o reconhecimento e apoio a cuidadores informais que apoiam as pessoas dependentes e que desta forma contribuem para a sustentabilidade do sistema (Ministério da Saúde, 2017).

Na área de Saúde Mental só no final de 2017 é que a RNCCI alargou a sua capacidade de resposta com o início de experiências piloto de um ano. No âmbito da pessoa com doença mental grave, as novas respostas a serem criadas distinguem-se em tipologias para adultos e para crianças e jovens entre os 5 e os 18 anos, com internamentos, residenciais e de apoio domiciliário (Ministério da Saúde, 2017).

Aos enfermeiros como grupo profissional das UCC (s) compete trabalhar a comunidade e desenvolver projetos no âmbito da saúde mental, que vão ao encontro das necessidades/dificuldades dos cuidadores, pois são eles que detêm um melhor conhecimento da realidade das famílias, sua dinâmica, dificuldades e possíveis situações de risco.



## **1.4 - Cuidar da Pessoa Dependente**

Segundo Collière *“Cuidar implica prestar cuidados, “tomar conta”, é essencialmente um ato individual, que prestamos a nós próprios, desde que adquirimos autonomia e também um ato de reciprocidade que prestamos a toda a pessoa, que temporária ou definitivamente tem necessidade de ajuda nas suas necessidades diárias”*. Cuidar é um ato de vida, que representa uma variedade infinita de atividades que visam manter e sustentar a vida (1989, p. 235).

Teóricos como Luders e Storani, definem o cuidar como *“ (...) o ato de assistir alguém ou prestar-lhe serviços quando este necessita. É uma atividade complexa, com dimensões éticas, psicológicas, sociais, demográficas e que também tem os seus aspetos clínico, técnico e comunitário.”* (2002, p. 154).

De acordo com Boff o *“Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais do que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro”* (2011, p. 33).

O cuidar é um conceito complexo e multidisciplinar que apresenta várias vertentes sendo estas: relacional, afetiva, ética, sociocultural, terapêutica e técnica (Ricarte, 2009).

O cuidar reveste-se de uma ação humana que se traduz no respeito pelo sofrimento, princípios, valores e dignidade da pessoa dependente, enquanto pessoa singular, ao proporcionar melhor qualidade de vida e simultaneamente, enquanto cuidador ter também qualidade de vida. Implica um sentido de (re) construção e atuação conjunta entre pessoa dependente, cuidador e rede de apoio, numa entrega, dedicação, empenho e criatividade simultaneamente racional e afetiva, com significados e sentimentos de todos os envolvidos (Saraiva, 2011).

Nesta mesma linha de pensamento Garrett (2005) refere que o cuidador é alguém que atende às necessidades básicas de outra pessoa que está incapaz conduzindo e orientando as suas ações no tempo e no espaço impedindo-o de sofrer e de causar possíveis danos e/ou acidentes a si e/ou a terceiros. É geralmente a família que assume o papel – de cuidadores - pois é essencialmente ela que executa e se responsabiliza pelo cuidado ao longo do ciclo vital.

O ato de cuidar é envolto de múltiplos sentimentos, sejam sentimentos ambivalentes, dificuldades e sofrimento ou superação e motivação, que se refletem no dia-a-dia dos cuidadores (Couto, Castro & Caldas, 2016). Constitui um enorme desafio por implicar um tempo em que o cuidador dedica à pessoa dependente, havendo manifestação de esgotamento físico, financeiro (custos associados ao cuidar e/ou diminuição do rendimento familiar) e pela sobrecarga emocional que o cuidador experiencia.

Quem cuida também necessita de cuidados, sendo o cuidar uma tarefa árdua e exigente (Mata & Rodriguez, 2012). O ato de cuidar envolve aspetos negativos, mas também fatores de natureza positiva, que passam pelo reforço da relação entre quem é cuidado e quem cuida e pelo próprio crescimento pessoal do cuidador. Deste modo, a prestação de cuidados tem dois polos, o negativo e o positivo, onde se destacam respetivamente, o stress e a sobrecarga, mas por outro, a gratificação e a realização pessoal de quem cuida (Serra & Gemitto, 2013).

Em todo este processo emerge a centralidade do Cuidar, que é imprescindível e comum em todas as culturas, assumindo diversas formas de expressão e representando um enorme desafio. Ao refletirmos sobre a especificidade do cuidar, concluímos que diferentes definições existentes exploram as várias perspetivas, que se complementam entre si.

## **1.5 - Cuidadores Informais**

As questões em torno dos cuidadores informais aumentam na justa proporção em que se assiste: a) ao envelhecimento da população, fruto de um contínuo aumento da esperança de vida; b) ao contexto social caracterizado por alterações nas estruturas familiares, devido ao ingresso massivo das mulheres no mundo do trabalho, ou ainda, pelo progressivo aumento da idade da reforma; c) à alteração das políticas sociais que apelam à permanência de idosos e dependentes nos seus ambientes familiares; d) às novas políticas de saúde com valorização dos tratamentos ambulatoriais e diminuição dos tempos de demora média de internamento (Karsch, 2003; Lage, 2005; Garcia, 2010; Gil, 2010, entre muitos outros autores).

Nas últimas décadas os sistemas de saúde e de proteção social, atribuíram às famílias algumas responsabilidades dos cuidados aos seus familiares delegando-lhes o papel central dos cuidados em situação de doença e dependência. Neste sentido as respostas da família são condicionadas

por diferentes fatores como o grau de dependência da pessoa, as experiências individuais e os recursos formais e informais de que dispõem (Araújo *et al*, 2010).

Os recursos formais ou apoio formal é constituído por uma rede de apoio formal como os serviços do estado, o Serviço Nacional de Saúde e os serviços organizados por entidades locais, tais como, os lares de idosos, os centros de dia, os serviços de apoio domiciliário, entre outros. Os recursos informais referem-se essencialmente aos familiares e rede de suporte envolvente, como os vizinhos e amigos (Melo *et al*, 2014).

As interações entre um membro da família, (amigo ou vizinho) que ajuda outro de forma não antecipada, regular e não remunerada, na realização de tarefas necessárias para viver com dignidade é chamado de cuidado informal (Figueiredo, 2007; Sequeira, 2007).

Segundo Cunha (2011) o cuidado informal refere-se a uma relação não institucional, não existindo uma estrutura contratual baseando-se em relações pré-existentes entre os dois vértices da relação pressupondo somente a disponibilidade graciosa por parte do cuidador.

Nesta linha de pensamento também o autor Garcia (2010) acrescenta que o cuidado informal inclui atividades destinadas a pessoas com certo grau de dependência desempenhadas por pessoas constituintes da rede social da pessoa dependente.

No que respeita aos cuidadores informais, o denominador comum é o fato de uma pessoa assumir a responsabilidade do cuidado de outrem na sequência de impossibilidade física e/ou cognitiva e de essa responsabilidade ser assumida como uma atividade não profissional nem remunerada (Pereira, 2006; Figueiredo, 2007; Gil, 2010; Sequeira, 2010). A unidade fundamental é o cuidador informal (CI), aquele que garante a continuidade dos cuidados domiciliários à pessoa.

O “prestador de cuidados” ou “cuidador” são conceitos que têm sido explorados na literatura recente e que implicam uma “relação”, que apesar de não haver consensos quanto à sua abrangência é aceite pela maioria dos autores (Torrinha, 2017).

Considera-se como CI a pessoa que não é remunerada, que não tem vínculo formal ou institucional, que presta o cuidado de modo parcial ou integral, podendo ser um familiar, amigo, vizinho ou outro, sendo o cuidado informal geralmente prestado por pessoas pertencentes à rede familiar (Sarmiento, Pinto, & Monteiro, 2010).

Na sociedade contemporânea a família representa um pilar fundamental de apoio e constitui-se como a primeira instituição e unidade social, onde a pessoa se insere contribuindo para o seu desenvolvimento e socialização. A família para além de continuar a ser considerada como uma instituição significativa, suporta a realização e sustentabilidade necessária aos ascendentes aquando do envelhecimento (Araújo, *et al*, 2008; Araújo *et al*, 2009).

Do ponto de vista das políticas públicas vigentes e da cultura portuguesa a responsabilidade do cuidar cabe à família. Em todas as etapas do ciclo de vida, particularmente em situações de crise, como no caso de cuidar da pessoa dependente o papel da família é reconhecido como fundamental na vida dessa pessoa (Torrinha, 2017).

Segundo os Censos de 2011, que em Portugal se verifica uma progressiva redução de membros nos agregados familiares, estando as famílias de maior dimensão a perder expressão e aumentando as famílias de menor dimensão, havendo uma nuclearização da família (INE, 2012).

Em Portugal e nos países do sul da Europa a unidade básica de suporte a todos aqueles que precisam de cuidados como, crianças, jovens, adultos ou idosos é a família. Esta é a primeira quem reconhece os sinais de doença, como também, a primeira a cuidar, uma vez que toda a unidade familiar e não apenas a pessoa são afetadas pela doença (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2004).

Para Araújo & Santos (2012) uma família saudável prioriza as necessidades dos seus membros, reconhece, valoriza e concilia as diferenças mantendo a coesão. No entanto é flexível a mudanças, sendo que nos momentos de crise é funcionante e consegue adaptar-se a novas realidades. Desta forma os diferentes membros da família apoiam-se uns aos outros nas atividades de promoção da saúde e nos processos de doença aguda e/ou doença crónica. Neste contexto a família é uma alternativa menos dispendiosa evitando assim as consequências de uma institucionalização precoce ou desejada e a máxima permanência possível no domicílio (Melo, 2005; Yeom *et al*, 2016).

Os apoios/cuidados a pessoas dependentes quase sempre são prestados pela família, que é confrontada com a necessidade de cuidar do seu familiar dependente (Sequeira, 2010b). De acordo com Martins *“Cada família tem uma organização própria, um funcionamento peculiar e uma homeostasia individual, cada membro ocupa o seu lugar e o seu papel”* (2002, p. 16).



O prestador de cuidados é em geral um membro da família, que se responsabiliza pelo seu familiar dependente designando-se por cuidador familiar (CF), sendo a este que a pessoa funcionalmente dependente recorre primeiro. Como refere o Relatório de Saúde da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico [OCDE] (2013), os cuidadores familiares representam as pessoas que prestam cuidados diários ou semanais a familiares, amigos ou pessoas da sua rede social. Os cuidadores informais em Portugal providenciam cerca de 87% da prestação de cuidados diários, sendo os restantes 13% cuidados efetuados apenas por semana.

Em Portugal como na Europa, a caracterização dos Cuidadores Informais revela que maioritariamente são pessoas do sexo feminino entre os 45 e os 75 anos, solteiras, desempregadas, domésticas ou reformadas, e que coabitam com a pessoa dependente (EUROCARERS, 2017). Na sequência dos dados e caracterização do CI, considera-se que existe um cuidador familiar principal (CFP) sendo o membro da família onde recai a responsabilidade integral do cuidar, supervisionar, orientar e acompanhar a pessoa dependente, assim como o maior número de horas por dia despendido ao cuidado, de forma não remunerada, independentemente da sua formação de base ou experiência de vida (Rocha & Pacheco, 2013).

Podemos ainda definir para além do CFP nos cuidados à pessoa dependente também o cuidador secundário disponibiliza assistência de forma complementar, ocasional ou não regular, sem ter a responsabilidade direta sobre o cuidar e o cuidador terciário, como a pessoa que ajuda de forma esporádica, apenas quando solicitado, ou em situações de emergência (Pereira, 2011).

Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem [CIPE] ® versão 2 International Council of Nursing [ICN], 2011, p. 65), o papel do prestador de cuidados é:

*“Interagir de acordo com as responsabilidades de cuidar de alguém; interiorizar a expectativa mantida pelas instituições de cuidados de saúde e profissionais de saúde, membros da família e sociedade relativamente aos comportamentos apropriados ou inapropriados do papel de um prestador de cuidados; expressar estas expectativas sob a forma de comportamentos e valores; sobretudo relativamente a cuidar de um membro da família dependente.”*

A prestação de cuidados pode ser extremamente desgastante e normalmente acarreta um aumento de stress e sobrecarga para os cuidadores (Melo, Rua, Santos, 2014). A exposição prolongada a eventos desencadeadores de stress no ato de cuidar afeta tanto a saúde mental do cuidador, como compromete a qualidade dos cuidados e a qualidade de vida da pessoa que os recebe. Torna-se necessário que a sociedade civil se organize de modo a apresentar uma resposta



mais eficaz, perante os problemas diagnosticados. (Trindade *et al.*, 2017). A prestação de cuidados requer um esforço contínuo ao nível cognitivo, emocional e físico.

*“Cuidar de uma pessoa com algum nível de dependência exige lidar com uma diversidade de esforços, tensões e tarefas que podem superar as reais possibilidades do cuidador, podendo conduzi-lo à exaustão e ter um impacto a nível físico, psicológico, social e económico quer na vida do cuidador, como da pessoa foco dos seus cuidados.” (Trindade et al, 2017)*

Neste contexto os enfermeiros especialistas em saúde mental e psiquiátrica em cuidados de saúde primários desempenham um papel fundamental, porque são eles que acompanham e ajudam a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidades, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto na prevenção e deteção precoce de alterações do estado de saúde mental dos utentes e seus cuidadores. Os enfermeiros têm o compromisso e a obrigação ética e moral de incluir as famílias nos cuidados de saúde, tal como refere Wright & Leahey:

*“A evidência teórica, prática e de pesquisa do significado da família para a saúde e o bem-estar dos seus membros, bem como a sua influência sobre a doença, impele e obriga as enfermeiras a considerar o cuidado centrado na família como parte integrante da prática de enfermagem”. (2009, p.1)*

## **1.6 - Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau**

Em qualquer estudo realizado está subjacente um quadro teórico que alicerça a sua execução. A reflexão de toda a atividade desenvolvida, assim como as conclusões obtidas serão melhor fundamentadas quanto mais consistente for esse quadro.

Para melhor entendimento do processo de interação entre enfermeiro-cuidador elegeu-se para este estudo o quadro teórico da escola de pensamento da interação e em particular a teoria de médio alcance de Hildegard Peplau.

Esta teoria permite conceber a pessoa como um ser humano único, em que a intervenção de enfermagem vai de encontro à particularidade dessa mesma pessoa. Hildegard Peplau introduziu um novo paradigma para a enfermagem centrado nas relações interpessoais, que se processam

entre a enfermeira e a pessoa. Considerada uma teoria de médio alcance, pois propõe ter efeitos menos abstratos que as grandes teorias e mais específicos para a prática, ou seja, é descrita de forma clara e ajustável à realidade (Almeida & Damasceno, 2005).

Peplau aborda na sua teoria a noção de crescimento pessoal compartilhado entre enfermeira e pessoa/utente, a partir do estabelecimento de uma relação interpessoal entre ambos, no processo de cuidar (Almeida & Damasceno, 2005). Esta mesma autora define enfermagem como uma *“relação humana entre uma pessoa que está doente ou necessita de serviços de saúde e uma enfermeira com uma formação especializada para reconhecer e responder à necessidade de ajuda”* (Peplau, 1990, p.5).

De acordo com esta linha de pensamento pode afirmar-se que a enfermagem é um processo interativo e interpessoal em que a relação interpessoal é aquela em que duas pessoas chegam a conhecer-se o suficiente de forma a conseguirem enfrentar os problemas que surgem de uma forma cooperativa. Existem duas categorias gerais que resumem as condições de interação essenciais para a saúde segundo Peplau (1990) são elas:

- necessidades fisiológicas de um organismo humano que exige a manipulação das condições materiais em benefício do bem-estar de uma pessoa ou grupo;
- as condições interpessoais, individuais e sociais que satisfazem as necessidades da personalidade e permitem a expressão e uso de capacidades de forma produtiva.

Na sua obra Hildegard Peplau define uma enfermagem psicodinâmica, que consiste em compreender o comportamento dos seres humanos na interajuda e dificuldades percebidas e aplicar os princípios de relação interpessoal aos problemas identificados em todos os níveis de experiência.

Segundo a Teoria das Relações Interpessoais, a enfermagem é um processo em que a natureza seriada e dirigida a um fim exige certas fases, ações, operações e realizações que se produzem entre a enfermeira e a pessoa assistida.

*“Cada fase caracteriza-se por papéis ou funções sobrepostas em relação aos problemas de saúde à medida que a enfermeira e o paciente aprendem a trabalhar conjuntamente para resolver as dificuldades. Cada fase define as tarefas e papéis exigidos à enfermeira em diferentes situações. As quatro fases diferenciadas observam-se em todas as actuações de enfermagem”.* (Peplau 1990, p.15).

Os conceitos estruturais do processo interpessoal definidos por Peplau são constituídos por quatro fases: orientação, identificação, exploração e resolução, que se sobrepõem e interrelacionam. Cada uma destas fases é caracterizada por um conjunto de funções tendo em conta os problemas de saúde, em que à medida que enfermeiro e pessoa/utente aprendem em conjunto a trabalhar na resolução das dificuldades, ambos evoluem (Peplau, 1990).

A fase de orientação é a primeira fase deste processo e inicia-se com a procura da pessoa pelo profissional a partir de uma necessidade sentida que a pessoa identifica e que o leva a procurar ajuda de um profissional. A pessoa durante a fase de orientação clarifica a sua primeira impressão do problema, amplia os seus aspetos e aclara detalhes da sua nova situação psicológica na relação com o profissional. A presença do enfermeiro é valiosa para orientar a pessoa neste autoconhecimento (Peplau, 1990).

Neste processo a pessoa formula perguntas, para se sentir seguro e observa a forma como lhe respondem os profissionais. A pessoa pede ajuda e recebe assistência o que permite sentir-se confortável, pois sabe que lhe é permitido expressar os seus desejos e que estes vão ser atendidos (Peplau, 1990). O papel do enfermeiro é orientar a pessoa a reconhecer e compreender o seu problema e determinar a sua necessidade de ajuda, para decidir qual a necessidade de ajuda profissional adequada. Esta fase finaliza-se com a identificação/definição do problema (Vibedeck, 2011).

A fase de identificação como o próprio nome indica, a pessoa identifica-se com quem o pode ajudar estabelecendo-se assim uma relação. Esta fase permite que entre enfermeiro-pessoa se possam esclarecer as perceções e expectativas mútuas. A enfermeira explora e reorienta os sentimentos da pessoa no sentido de ajudar o cliente a lidar com o problema. O enfermeiro usa a sua formação profissional e a sua habilidade para ajudar a pessoa a fortalecer as forças positivas da sua personalidade e cria uma atitude de otimismo e satisfação necessária na pessoa (Peplau, 1990).

Durante a fase de exploração, a pessoa após se identificar com o enfermeiro tenta retirar da relação todas as mais-valias do ambiente de cuidados. Existe por parte do enfermeiro ajuda na projeção de novos objetivos a atingir, através do esforço conseguido pela pessoa e dos contributos de toda a relação oferecida. Desta forma a pessoa explora todos os bens e serviços que conhece com vista aos seus interesses e necessidades (Peplau, 1990).

Na fase de resolução a última do processo interpessoal a pessoa gradualmente coloca de parte os objetivos antigos e adota novos objetivos. As necessidades da pessoa são satisfeitas e ocorre a dissolução da relação terapêutica. Existe uma libertação gradual da identificação das pessoas que proporcionaram ajuda, crescimento e fortalecimento da capacidade de atuar por si mesmo. O enfermeiro ajuda a pessoa a organizar as suas ações até que este se sinta capaz de se aplicar a uma atividade social produtiva e a estabelecer relações. A pessoa após ultrapassar todas as etapas anteriores e um adequado encadeamento entre elas alcança o êxito, o qual depende da cadeia de acontecimentos precedentes (Peplau, 1990). A teoria de Hildegard Peplau (1990) constitui um marco importante na enfermagem psiquiátrica.

*“O Modelo de Peplau dá aos enfermeiros uma estrutura para interagir com os clientes, muitos dos quais estão fixados – ou regrediram devido a uma doença – num nível anterior de desenvolvimento. Sugere papéis que os enfermeiros podem assumir para ajudar os clientes a progredir e assim alcançar ou regressar ao seu nível apropriado. A progressão de desenvolvimento apropriada dota o indivíduo com a capacidade de confrontar os problemas recorrentes da vida” (Townsend, 2011, p. 47).*

Em todo o processo de relação interpessoal enfermeiro-pessoa, o enfermeiro poderá desempenhar vários papéis, Peplau (1990) descreve-os nas seguintes categorias:

- Estranho. Na relação inicial o enfermeiro e a pessoa são dois estranhos, onde o respeito e o interesse positivo atribuído a um estranho é inicialmente impessoal, sendo oferecidas as diligências habituais que se oferecem a um novo convidado em qualquer circunstância. Implica aceitar a pessoa como ela é e tratá-la como um estranho emocionalmente apto criando uma relação com ele, enquanto a evidência não demonstre que deve ser de outra forma (Peplau, 1990).
- Pessoa de recurso. O enfermeiro fornece a informação específica e necessária de forma a ajudar a pessoa a compreender o seu problema e a sua nova situação.
- Professor. O enfermeiro identifica necessidades de aprendizagem e fornece informações à pessoa em causa, que podem ajudar a melhorar uma situação de vida. O ensino é direcionado para o que o utente conheça e desenvolva em torno do seu interesse de querer e ser capaz de utilizar a informação clínica adicional.
- Líder. O enfermeiro através de um processo democrático auxilia a pessoa numa relação de cooperação e participação ativa (Howk, 2004).



- Substituto. Na relação estabelecida entre o binómio enfermeiro-pessoa é passível de confusão e a mesma confundir o enfermeiro com outra pessoa. Cabe ao enfermeiro ajudar a pessoa a reexperimentar e examinar antigos sentimentos gerados em relações anteriores e reorientar os seus sentimentos em relação a eles. Nesta fase a pessoa e o enfermeiro definem áreas de dependência, independência e interdependência (Tomey & Alligood, 2004).
- Conselheiro. Este papel depende da relação que o enfermeiro estabelece com a pessoa. É importante que o enfermeiro ajude a pessoa a lembrar e a compreender o que lhe está a acontecer, assim como a ultrapassar a situação de forma positiva (Howk, 2004).

As teorias de médio-alcance constituem mais um nível necessário entre os diversos níveis de qualquer referencial teórico de uma disciplina, que tenha a mesma natureza da enfermagem. Qualquer teoria de médio-alcance é considerada importante nas respostas que os profissionais têm de dar no contexto do seu dia-a-dia (Lopes, 2005).

Uma teoria de médio alcance tal como é a de Hildegard Peplau propõe efeitos menos abstratos que as grandes teorias e mais específicos para a prática, ou seja, é descrita de forma clara e ajustável aplicada em contextos específicos sendo mais fácil a sua aplicação na prática. De acordo com esta teoria, a díade enfermeiro-pessoa estabelecem uma meta comum, da qual resultam o crescimento e desenvolvimento pessoal tendo como base as relações interpessoais. Embora esta teoria tenha sido desenvolvida em torno da enfermagem psiquiátrica pode ser utilizada em qualquer situação em que o enfermeiro e a pessoa se possam relacionar (Howk, 2004).

Para um relacionamento interpessoal satisfatório é necessário que os enfermeiros estejam atentos às suas próprias necessidades e desenvolvam um processo de autoconhecimento, pois é difícil interagir com o outro sem sermos capazes de nos compreendermos a nós mesmos (Howk, 2004).

A utilização de um referencial teórico possibilita ao enfermeiro o desenvolvimento e aplicação do raciocínio clínico, para intervir numa perspetiva centrada na pessoa e nas suas necessidades reais, capacitando-a para a tomada de decisão.

## **1.7 - Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica**

A definição de saúde sofreu várias alterações ao longo da história rompendo com o conceito biomédico e aproximando-se do modelo biopsicossocial.

Na Conferência Internacional da Saúde em Nova Iorque, a OMS elabora uma definição que atualmente ainda perdura. Refere que Saúde é um bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade (OMS, 2001). Desta forma a visão reducionista associada à doença é afastada e avança-se no sentido positivo, não só pela ausência de algo, mas também pela presença de características relacionadas com a subjetividade de cada pessoa.

Neste sentido a OMS, define Saúde Mental como, “o estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza as suas capacidades, pode fazer face ao stress normal da vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera e contribuir para a comunidade em que se insere” (OMS, 2016).

Definir saúde mental de uma forma completa é quase impossível sendo que ao longo de várias épocas e culturas foi vista e abordada de modos diferentes. Tanto as definições de saúde mental como as de doença mental estão intimamente ligadas num *continuum* (Neeb, 2000).

As perturbações psiquiátricas e os problemas de saúde mental tornaram-se a principal causa de incapacidade e uma das principais causas de morbilidade nas sociedades atuais conforme demonstram estudos epidemiológicos mais recentes (Ministério da Saúde, 2008). De acordo com os dados epidemiológicos sobre doença mental é de esperar um grande investimento da sociedade na área da saúde mental nos três níveis de prevenção.

O resumo executivo do Plano Nacional de Saúde Mental (PNSM) 2007-2016 (Ministério da Saúde, 2008) refere que os serviços de saúde mental sofrem de insuficiências graves a nível da acessibilidade, da equidade e da qualidade de cuidados, pois só um número reduzido de pessoas (1,7 % da população), que têm problemas de saúde mental têm acesso aos serviços públicos especializados de saúde mental, número este extremamente baixo, ao que seria de esperar (entre 5% a 8% da população) sofre de uma perturbação psiquiátrica com alguma gravidade em cada ano.

Existe uma reduzida participação de utentes e familiares no planeamento e organização dos cuidados, escassa produção científica no setor da psiquiatria e saúde mental, resposta limitada às necessidades de grupos vulneráveis, assim como raros programas de promoção/prevenção de saúde mental. Este documento estabelece estratégias de intervenção, no sentido de alterar deficiências encontradas e realçar intervenções desenvolvidas em contexto comunitário. A evidência científica fundamenta as intervenções de cariz comunitário e mostra que as intervenções na comunidade são as mais efetivas e de maior preferência, pelos utentes e famílias (Ministério da Saúde, 2008).

Relativamente à enfermagem é no final do século XIX que emerge como profissão, no entanto a enfermagem psiquiátrica surge apenas no século XX tendo papéis e funções próprias. No início da década dos anos 50 surge o papel da enfermeira psiquiátrica (Stuart & Laraia, 2001).

Enfermagem psiquiátrica é definida por Stuart & Laraia como sendo: “... *um processo interpessoal que deve promover e manter um comportamento no paciente, contribuindo para o seu funcionamento integrado. Este paciente pode ser considerado um indivíduo, família, um grupo, organização ou comunidade.*” (2001, p.36).

A prática de Enfermagem de Saúde mental e Psiquiátrica segundo a Associação Norteamericana de Enfermagem, citada por Stuart & Laraia define a mesma como sendo “ (...) *a área especializada da prática de enfermagem que emprega as teorias do comportamento humano como a sua ciência e o uso apropriado de si como arte*” (2001, p.36).

A enfermagem de saúde mental e psiquiátrica na sua prática clínica é distinta das outras áreas de especialidade, porque são as competências de âmbito psicoterapêutico, que permitem ao EESMP desenvolver um juízo clínico singular, na especificidade da sua prática clínica. O foco da enfermagem de saúde mental e psiquiátrica visa a promoção da saúde mental, a prevenção, o diagnóstico e a intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental (Regulamento nº 356/2015 da Ordem dos Enfermeiros).

Segundo o mesmo Regulamento nº 365/2015 refere que os cuidados de enfermagem têm como finalidade ajudar o ser humano a manter, melhorar e recuperar a saúde ajudando-o a atingir a sua máxima capacidade funcional o mais rapidamente possível. As pessoas que se encontrem em processos de sofrimento, alteração ou perturbação mental têm ganhos em saúde,

se receberem cuidados de enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EESMP), diminuindo o grau de incapacidade que estas perturbações originam.

O EESMP mobiliza um conjunto de saberes e conhecimentos científicos, técnicos e humanos ao demonstrar níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, aliados a um conjunto de competências clínicas especializadas que possibilitam que a pessoa durante o processo terapêutico passe por experiências gratificantes, quer na relação intrapessoal, quer nas relações interpessoais (Regulamento nº 356/2015 da Ordem dos Enfermeiros).

## **1.8 - A Sobrecarga do Cuidador Informal**

O conhecimento dos aspetos negativos do cuidar assume particular importância, pelas repercussões associadas à saúde e vida do cuidador. Quanto maior o conhecimento destes aspetos, maior a probabilidade da sua prevenção.

Vários sentimentos são experienciados pelos cuidadores de pessoas dependentes, como *“Amor e raiva, paciência e intolerância, carinho, tristeza, irritação, desânimo, pena, revolta, insegurança, negativismo, solidão, dúvida quanto aos cuidados, medo de ficar doente, medo de o paciente estar sofrendo, medo de o paciente morrer”* (Silveira *et al.*, 2006, p. 1632, citado por Cardoso, 2011 p. 40). Estes sentimentos evidenciados e associados à dependência, normalmente vividos de forma isolada, são favoráveis ao desenvolvimento de stress e sobrecarga no cuidador, o que vai influenciar diretamente a qualidade dos cuidados prestados (Cardoso, 2011; Manoel *et al.*, 2013).

A presença de um membro familiar doente ou com necessidades de terceiros na satisfação das suas necessidades acarreta sobrecarga pessoal e alterações no modo de vida do prestador e na restante família, levando a uma crise familiar (Araújo *et al.*, 2009). Os mesmos autores referem que a crise normalmente origina mudança e transformação do modelo relacional e como tal pode provocar disfunção familiar. O esforço físico e psicológico e o tempo despendido nos cuidados alteram o ritmo de vida levando a desgaste nos cuidadores e obrigando-os a assumir novos papéis, assim como a prescindir de outros.



A combinação do esforço físico, a imposição moral, social, jurídica ou económica exercida sobre o cuidador informal, tal como suportar o peso dos cuidados de outra pessoa, entendida como um encargo ou obrigação influenciam o estado psicológico do cuidador, o que resulta em sobrecarga (Manoel *et al.*, 2013; Melo *et al.*, 2014). A sobrecarga está relacionada com o desgaste devido ao cansaço, exposição do cuidador a fatores de stress significativos, que decorrem num período de tempo curto ou prolongado, mas que ao longo do tempo deixam consequências em termos de sobrecarga para quem cuida (Sequeira, 2010b).

Quanto maior for o tempo de cuidado, maior a sobrecarga, sendo que o cuidador valoriza muito mais os aspetos negativos, do que os positivos e acredita que esta tarefa lhe traz muito menos que o esperado, em comparação com a sua disponibilidade para cuidar (Mafra, 2011).

A vida pessoal, familiar e social do cuidador fica de tal forma afetada, que se torna necessário definir conceito de sobrecarga. Existem vários termos na literatura, para designar sobrecarga do cuidador informal. Segundo os autores Pereira e Soares (2011) sobrecarga define-se como o impacto negativo em um, ou mais, membros da família (cuidador) em resultado da prestação das tarefas inerentes aos cuidados necessários para que um outro membro da família (doente/pessoa dependente) possa lidar com a sua patologia ou dependência.

Cardoso (2011) utiliza o conceito “*caregiver burden*” na área da saúde, para explicitar o conjunto de problemas que o cuidador de pessoas dependentes tem de suportar em contexto domiciliário.

A perceção da sobrecarga pelo cuidador aumenta quando a tomada de decisão não foi um processo consciente por parte do cuidador, contribuindo negativamente para o seu bem-estar. Em relação à satisfação do cuidador informal esta será maior, quanto maior for a liberdade de escolha para exercer os cuidados, revelando assim uma redução na sobrecarga (Garcia, 2010).

A vida emocional do cuidador passa para segundo plano havendo comprometimento das atividades sociais como o lazer e mudanças no processo saúde-doença ocorrendo danos nas condições de saúde assim como presença de sentimentos negativos o seu dia-a-dia (Couto *et al.*, 2016).

A sobrecarga traduz na vida do cuidador um conjunto de consequências, que levam a uma deterioração da qualidade de vida do mesmo com maior morbilidade. O ato de cuidar está associado a uma conotação negativa de “peso” ou “fardo” (Sequeira, 2010b).

O conceito de sobrecarga apresenta um carácter multidimensional para o qual contribuem essencialmente quatro fatores: impacto da prestação de cuidados, em que se pretende avaliar o impacto no cuidador em relação à prestação de cuidados; relação interpessoal entre o cuidador e a pessoa dependente, onde se refletem as implicações da relação entre os dois; expectativas com o cuidar e a perceção de autoeficácia, onde se pretende avaliar a autoeficácia do cuidador e o desempenho do seu papel (Sequeira, 2010b).

Para alguns autores a sobrecarga tem duas vertentes, a objetiva e subjetiva. A sobrecarga objetiva resulta das repercussões associadas ao ato de cuidar, em que o cuidador apresenta uma panóplia de sentimentos, sinais orgânicos e psíquicos que vai desenvolvendo, resultado da prática de cuidados. Enquanto a sobrecarga subjetiva se relaciona com as características próprias do cuidador e a sua perceção pessoal sobre as consequências que decorrem do cuidar tendo interferência sobre a sua vida e bem-estar (Sequeira, 2010; Alonso *et al.*, 2015).

Desta forma o cuidador só por si não consegue desenvolver estratégias que o ajudem a ultrapassar o problema havendo vários fatores que se traduzem em risco de incapacidade para cuidar de uma pessoa dependente sendo gerador de stress no cuidador (Machado, 2013).

Quando o cuidador transmite sinais evidentes de sobrecarga, os enfermeiros devem intervir e fomentar a capacidade de implementar estratégias, no sentido de solucionar problemas, contribuindo para uma relação mais harmoniosa com o dependente e por outro lado, evitar o aumento de stress ou a rutura na prestação de cuidados com repercussões na sua saúde física e mental (Marques, 2007).

Pelas características da sociedade moderna a família constitui cada vez mais o foco dos cuidados de enfermagem. Torna-se necessário conhecer bem a sua estrutura, dinâmica familiar e contexto/ambiente envolvente, com o objetivo de proporcionar cuidados de enfermagem mais adequados possíveis às suas características e necessidades psico-biossocio-culturais.

*“As famílias e em particular os familiares cuidadores veem-se confrontadas perante tal facto, e pelas repercussões decorrentes, convergentes para a sua esfera*

*psicológica, física e social muitas vezes com efeitos negativos, condicionando a prestação de cuidados e a sua qualidade de vida” (Bidarra, 2009, p. 208).*

Para que o cuidador possa ultrapassar as dificuldades e situações complexas que vivencia é necessário prestar o devido apoio, para evitar complicações e manter a sua saúde física e mental. Os apoios a nível da comunidade sejam por parte dos profissionais ou pela área social, são fundamentais para fornecer o suporte necessário, para que se mantenham no processo de cuidar do seu familiar dependente.

De acordo com Bidarra (2009) um dos grandes desafios é cuidar do familiar cuidador, para que na ausência dos cuidados de enfermagem o cuidador continue a manter bons cuidados ao seu familiar. Espera-se por parte dos enfermeiros a promoção do bem-estar e a prevenção de perturbações nos cuidadores, pois destes dependem os familiares dependentes/doentes ao seu cuidado, bem como a sua permanência na comunidade.

No desenvolvimento da sua prática profissional, o enfermeiro desempenha um papel essencial à pessoa dependente e ao cuidador que experiencia um processo de crise, permitindo transmitir-lhe a segurança e confiança necessária para ultrapassar esta fase.

A dependência traz inevitavelmente repercussões negativas no cuidador pelo se torna necessário adaptar e validar um instrumento de medida que nos permita identificar/monitorizar a sobrecarga, construído uma matriz, a partir da qual seja possível estruturar respostas capazes de minimizar as consequências negativas associadas ao ato de cuidar (Sequeira, 2007).

A escala de sobrecarga do cuidador (Zarit) surge neste sentido e é utilizada a nível da investigação e da prática clínica. A sua utilização a nível da investigação permite avaliar as repercussões negativas (sobrecarga objetiva e subjetiva) associadas ao cuidar numa determinada população e estabelecer comparações com dados internacionais, pois na maioria dos países é utilizada em programas dirigidos a cuidadores. Foi traduzida e adaptada para a população portuguesa a partir da Burden Interview Scale (Zarit e Zarit, 1983; Martín, 1986; Scazufra, 2002, citado por Sequeira, 2010a) e constituiu um instrumento fiável, com boas características psicométricas, para avaliar a sobrecarga associada ao ato de cuidar.

A escala de sobrecarga do cuidador informal é constituída por 22 questões e de acordo com as várias adaptações pode sofrer algumas alterações (Anexo I). Os seus itens de acordo com as várias adaptações podem ser pontuados de 0 a 4 ou de 1 a 5, sendo a última a mais utilizada. O Score

final pode variar entre 22 e 110 pontos, sendo que para o maior score, corresponde maior sobrecarga. A pontuação é a seguinte:

- Inferior a 46 - Sem sobrecarga;
- Entre 46 e 56 - Sobrecarga ligeira;
- Superior a 56 - Sobrecarga intensa.



## **2 - CARATERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO**

O Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de Fevereiro cria os ACES no Sistema Nacional de Saúde, estabelecendo o seu regime de organização e funcionamento, indicando as suas unidades funcionais, de onde se inclui as UCC. Em conformidade com o estipulado no nº 1 do artigo 11º do mesmo diploma, compete às UCC, prestar cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física e funcional, atuando na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção.

Com o Despacho nº 10143/2009 de 16 de Abril é aprovado o Regulamento da Organização e Funcionamento das UCC, estabelecendo que as mesmas desenvolvem-se com autonomia organizativa e técnica, em intercooperação com as demais unidades funcionais do ACES em que se integra, sem prejuízo da necessária articulação interinstitucional e intersectorial, indispensável ao cumprimento da sua missão.

A UCC a sul do Tejo situa-se, preferencialmente, nas instalações de uma UCSP pertencente ao respetivo Agrupamento Centros de Saúde Arco Ribeirinho (ACESAR). Os cuidados de saúde a prestar são definidos tendo em conta o diagnóstico de saúde da comunidade e as estratégias de intervenção definidas no Plano Nacional de Saúde (PNS) e no Plano Local de Saúde (PLS), centrando a sua organização numa coordenação efetiva entre programas em desenvolvimento. Os programas e projetos integram-se no plano de ação do ACESAR, em estreita articulação com as USF, UCSP, USP e com a ECL, no âmbito da RNCCI, de acordo com as orientações técnicas.

A estrutura demográfica da população da UCC a sul do Tejo, onde o estágio se realizou alterou-se de forma importante nos últimos 50 anos, tendo duplicado. A população jovem aumentou ligeiramente acompanhado do aumento considerável da população idosa com cerca de 151,6 % de idosos por cem jovens, segundo os censos de 2011, Pordata (2015).

Verificámos que no concelho do ACESAR, onde está situada a UCC a sul do Tejo registou-se um índice de dependência elevado em 2011 (33,7%). Esta tendência para o envelhecimento da população do concelho da UCC a sul do Tejo terá como principais fatores explicativos a diminuição da taxa de natalidade, a diminuição do índice de fecundidade, o saldo migratório e o

aumento da esperança de vida à nascença, que é de 82 anos nas mulheres e cerca de 76 anos, nos homens Pordata, (2015).

A UCC a sul do Tejo possui uma área de 31 km<sup>2</sup> encontrando-se organizada pelas cinco freguesias. É uma das quatro UCC (s) integrada no ACESAR e tem como alvo da sua intervenção a população residente nas freguesias do seu Concelho, registando-se em 2016 um total de 76 206 pessoas (PLS, 2017). Iniciou a sua atividade em 28/12/2010 e foi homologado em 03/01/2011.

Como missão contribui para a melhoria do estado de saúde da população do seu concelho, prestando cuidados de saúde, apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física, na integração em redes de apoio à família, garantindo a continuidade e qualidade dos cuidados prestados.

As atividades, projetos ou programas a seguir enunciados, integram a carteira de serviços da UCC de acordo com o Despacho 10143/2009 de 16 de Abril de 2009 devendo cada unidade, definir e contratualizar o seu plano de ação, em conformidade com o diagnóstico efetuado:

- **Diagnóstico de saúde da comunidade** em parceria com a USP, a URAP e a Rede Social.
- **Projetos de Intervenção Comunitária** em parceria com outras instituições da comunidade como projetos de luta contra a pobreza e exclusão social, contractos de desenvolvimento Social, no âmbito da Rede Social e outras intervenções previstas no Plano Nacional Apoio aos Idosos, projetos previstos no plano de desenvolvimento social e outras intervenções territoriais de âmbito nacional ou comunitário;
- **Proteção e promoção de saúde** e prevenção da doença da comunidade, através dos programas já instituídos como sejam: Programa Nacional de Saúde Escolar; Proteção dos trabalhadores contra riscos de exposição aos agentes biológicos;
- **Intervenção com pessoas, famílias e grupos com maior vulnerabilidade** e sujeitos a fatores de exclusão social ou cultural, pobreza económica, de valores ou de competências, violência ou negligência como seja: acompanhar utentes e famílias de maior risco e vulnerabilidade;
- **Cooperar com outras unidades funcionais** no tocante a ações dirigidas aos utentes, às suas famílias e à comunidade, nomeadamente na implementação de programas de

intervenção especial com recurso a unidades móveis e na criação de redes de apoio às famílias;

- **Promover, organizar e participar na formação técnica externa**, designadamente nas áreas de apoio domiciliário e familiar, bem como no voluntariado;
- **Participar nas atividades inerentes à Rede Social**, na vigilância de saúde e acompanhamento social das famílias com deficientes recursos sócio económicos;
- Participar nas atividades do programa de intervenção precoce a crianças.
- Intervenções com indivíduos dependentes e famílias/cuidadores, no âmbito da RNCCI, como sejam:
- **Cuidados domiciliários médicos e de enfermagem**, de natureza preventiva, curativa, reabilitadora e ações paliativas;
- Cuidados de reabilitação física;
- Apoio psicológico, social e ocupacional envolvendo os familiares e outros prestadores de cuidados;
- **Educação para a saúde dos doentes**, familiares e cuidadores informais;
- **Coordenação e gestão de casos** com outros recursos de saúde e sociais;
- Produção e tratamento de informação nos suportes de registo preconizados no âmbito dos CSP e da RNCCI.
- **Promoção de estilos de vida saudável** com intervenções a nível de programas de saúde já existente em parceria com outras instituições que podem ajudar na aquisição de hábitos de saúde saudáveis da população ao longo do ciclo de vida como exemplo:
- **Programa Europeu de Cidades Saudáveis**; combate às substâncias indutoras de dependências; combate à obesidade e ao sedentarismo; prevenção de acidentes domésticos e rodoviários;
- **Prestação de cuidados especializados**, designadamente a preparação para parentalidade; acompanhamento de comunidades de utentes do foro psiquiátrico, entre outros.

A equipa da UCC é composta por 12 enfermeiros com regime de trabalho de 35 horas semanais, dos quais 1 enfermeira especialista em Enfermagem de Reabilitação, que também é a coordenadora da equipa, 3 enfermeiras especialistas em Enfermagem de Saúde Pública e

Comunitária, 2 enfermeiras especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, 1 enfermeiro especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica, 1 enfermeira com especialidade Médico-Cirúrgica e 4 enfermeiras Generalistas.

Na área da saúde mental o referido enfermeiro participa num projeto em parceria com a Câmara Municipal do concelho chamado Plano Local de Saúde (PLS), que visa em conjunto com a comunidade contribuir para melhorar as potencialidades de saúde dos cidadãos e da própria comunidade, mobilizando todas as entidades e instituições do concelho. O PLS encontra-se alinhado com o PNS nos seus quatro eixos estratégicos territórios: Cidadania em saúde; Equidade e Acesso Adequado aos Cuidados de Saúde; Qualidade na Saúde e Políticas Saudáveis.

A equipa de enfermagem da UCC a sul do Tejo tem contratualizado com o ACESAR onde pertence, uma carteira de serviços da UCSP, do qual fazem parte atividades específicas da UCC e programas de parceria em que a UCC participa, indo ao encontro no disposto no ponto nº 4 do artigo nº 9 do Despacho do Ministério da Saúde nº 10143/2009 de 16 de abril. Apresenta-se de forma sucinta os principais programas desenvolvidos pela UCC:

**Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade:** A preparação para o parto e a parentalidade pretende ajudar o casal, a viver o momento do parto com menos ansiedade, aumentando a autoconfiança e desenvolvendo as suas capacidades para cuidar do bebé, permitindo vivenciar em toda a sua plenitude esta nova etapa de vida, ensinando estratégias a aplicar, quer ao nível do relaxamento, quer ao nível das contrações, quer durante o nascimento.

**Programa de Saúde Escolar:** Visa o desenvolvimento de ações transversais aos vários graus de ensino, onde as crianças e jovens são sensibilizadas para as temáticas, com vista a reduzir comportamentos de risco.

**Núcleo de Apoio e Proteção a Crianças e Jovens em risco:** Tem como missão conhecer os riscos de carácter psicossocial que estão presentes no dia-a-dia das populações a que prestam assistência. Cabe assumir a responsabilidade particular na deteção precoce de fatores de risco e de sinais de alarme na sinalização de crianças e jovens em risco, ou em evolução para verdadeiro perigo.

**Equipa de Cuidados Continuados Integrados:** Os Cuidados Continuados Integrados são um conjunto de intenções sequenciais de saúde e ou apoio social, decorrentes de uma avaliação conjunta, centrada na recuperação global, entendida como processo terapêutico e de apoio social



ativo e contínuo, que visa promover a autonomia, melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação e reinserção familiar e social. (Decreto Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho).

A UCC a sul do Tejo partilha o espaço físico do edifício onde funciona atualmente a UCSP e a URAP. Sofreu obras no período em que se realizou este estágio tendo iniciado as obras em outubro com término após o final do estágio. Funcionou temporariamente durante este período nas instalações físicas de uma outra unidade relativamente perto e na mesma área geográfica do concelho.

Não obstante a necessidade de atendimento às múltiplas necessidades de cuidados de enfermagem a população da ECCI, a equipa de enfermagem tem o compromisso de implementar, realizar e registar no sistema informático clínico, (SCLínico) as intervenções de enfermagem, de acordo com o estabelecido no processo de contratualização referido para o ACES, no qual está integrada e que se refletem como indicadores referentes às atividades desenvolvidas no âmbito da ECCI. O SCLínico é um sistema de informação evolutivo e insere-se na estratégia definida pelo Ministério da Saúde, para a área de informatização clínica do Sistema Nacional de Saúde (SNS), de forma a garantir a normalização da informação, para enfermeiros, médicos e outros técnicos de saúde.

### **3 - METODOLOGIA DE PROJETO**

A investigação em enfermagem é um processo sistemático, científico e rigoroso que desenvolve o conhecimento nesta disciplina dando resposta a questões ou resolvendo problemas para benefício das pessoas, famílias e comunidades. O conhecimento adquirido pela investigação em Enfermagem é utilizado para a produção e renovação contínuas do seu próprio corpo de conhecimentos evoluindo para uma verdadeira construção da disciplina, através da identificação de saberes específicos e de uma evolução para a prática baseada na evidência, refletindo a melhor qualidade nos cuidados e os melhores resultados na saúde (International Council of Nurses, 1999 citado por Ordem dos Enfermeiros, 2006).

Este relatório tem como base a Metodologia de Projeto que se define como um conjunto de operações explícitas que produzem uma representação antecipada e final de um processo de transformação do real prevendo uma mudança (Guerra, 1994 citado por Ruivo *et al.*, 2010). É uma metodologia ligada à investigação, ou seja, é um método centrado na análise e resolução de problemas, possibilitando adquirir capacidades e competências de características pessoais na elaboração e concretização do (s) projeto (s) numa situação real, que advém da necessidade de responder a um desejo ou resolver uma necessidade de enfrentar um desafio (Ruivo *et al.*, 2010).

Permite uma aprendizagem relevante e estabelece ligações com a realidade desenvolvendo competências fundamentais para a formação de alunos e profissionais constituindo-se um elemento importante dentro da investigação e para o desenvolvimento da profissão de Enfermagem, pois sem participação ativa não existe evolução de forma consistente nas vertentes teórica e/ou prática (Ruivo *et al.*, 2010). Esta metodologia através da pesquisa, análise e resolução de problemas reais do contexto é promotora de uma prática fundamentada e baseada na evidência sendo constituída por cinco fases: diagnóstico da situação, definição de objetivos, planeamento, execução e avaliação.

A primeira fase o diagnóstico da situação visa identificar uma situação-problema detetado para se elaborar um modelo sobre o qual se pretende atuar e mudar (Ruivo *et al.*, 2010). Na segunda fase a definição dos objetivos pretende apontar os resultados que se pretendem alcançar indo, desde o geral ao mais específico (Barbier, 1996 citado por Ruivo *et al.*, 2010). O

planeamento é a terceira fase, onde é elaborado um plano detalhado do projeto e onde são definidas as atividades a desenvolver pelos diferentes elementos do grupo, são definidos métodos e técnicas de pesquisa e o respetivo cronograma (Hungler *et al.*, 2001, citado por Ruivo *et al.*, 2010).

Na quarta fase a fase de execução torna possível a materialização de um desejo construído mentalmente para se tornar uma situação real (Carvalho *et al.*, 2001; Nogueira, 2005, citados por Ruivo *et al.*, 2010). Possibilita a realização da vontade e necessidades através das ações planeadas assumindo uma importância significativa para os participantes do projeto (Ruivo *et al.*, 2010). Na última fase a avaliação do projeto podem distinguir-se vários momentos, no entanto a avaliação é feita de forma continua e deve fornecer os elementos necessários para intervir no sentido de melhorar a coerência, a eficiência e a eficácia (Leite *et al.*, 1993; Carvalho *et al.*, 2001, citados por Ruivo *et al.*, 2010).

A Metodologia de Projeto permite a opção por diversos métodos de pesquisa. Neste relatório partimos para uma Revisão Integrativa da Literatura, metodologia idónea e sistematizada com rigor científico, para conhecermos a melhor evidência sobre o problema eleito. Este método de pesquisa permite a síntese de múltiplos estudos publicados e a incorporação de evidência sobre um tema ou questão, de forma sistemática e abrangente, constituindo assim, um corpo de conhecimento disponível. Realiza-se de uma forma organizada com o intuito de aprofundar conhecimentos em determinada temática possibilitando conclusões gerais a respeito de uma área particular de estudo (Mendes, Silveira, Galvão, 2008).

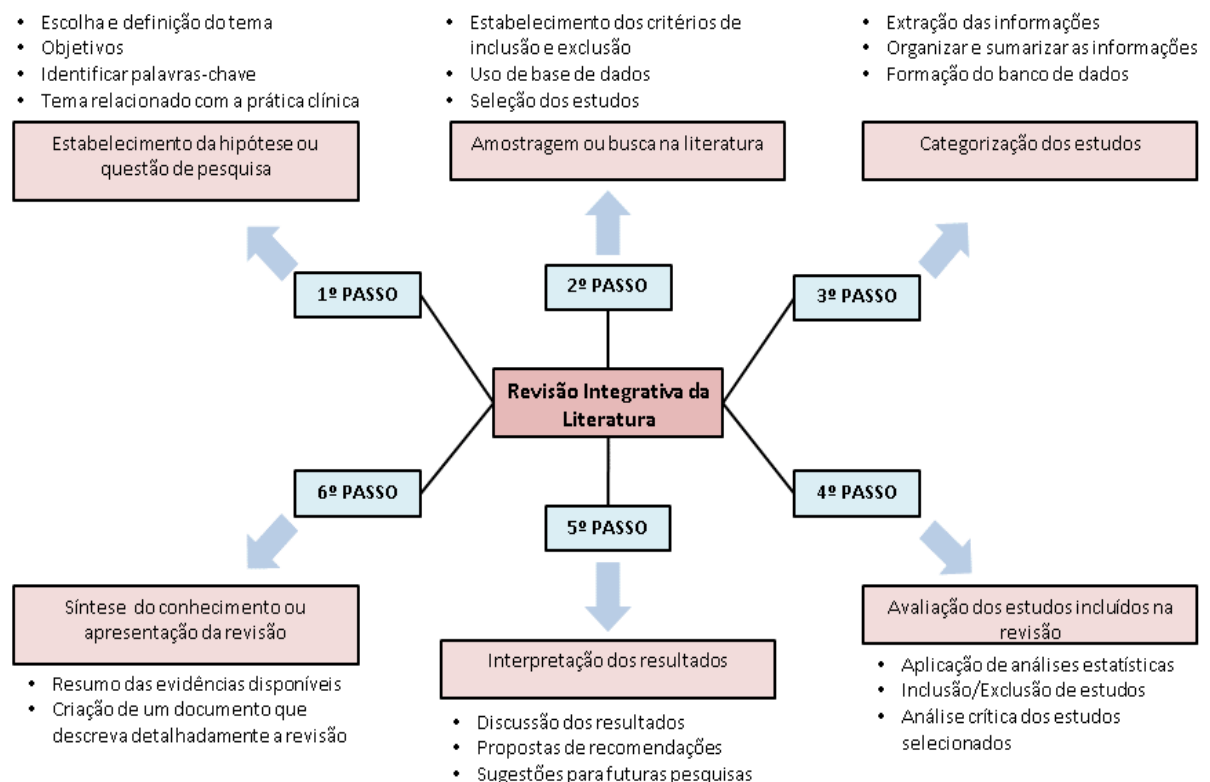
De todos os métodos de revisão, a Revisão Integrativa é o mais amplo, pois permite a inclusão simultânea de pesquisa experimental e quase-experimental proporcionando uma compreensão mais completa do tema de interesse combinando dados de literatura teórica e empírica. A inclusão de múltiplos estudos com diferentes delineamentos de pesquisas permite uma maior variedade no processo de amostragem com o potencial de aumentar a abrangência das conclusões da revisão (Broome, 2000 citado por, Mendes, Silveira, Galvão, 2008).

Ao considerarmos uma Revisão Integrativa para o nosso estudo procedemos a uma criteriosa pesquisa bibliográfica sobre a temática escolhida “Intervenções Terapêuticas de ESSMP com o cuidador informal em sobrecarga”.

A elaboração de uma Revisão Integrativa da Literatura relevante pode contribuir para a implementação de intervenções eficazes no cuidado às pessoas sendo necessário que as etapas a serem seguidas estejam claramente descritas (Cooper, 1984; Ganong, 1987; Beyea, 1998; Broome, 2000; Whittemore, 2005 citados por, Mendes, Silveira, Galvão, 2008).

É um processo iterativo pelo que o investigador pode revisar e refinar a sua estratégia de pesquisa, assim como a questão de partida várias vezes à medida que aprofunda a literatura. Para a construção da Revisão Integrativa é preciso percorrer seis etapas distintas, iguais aos estágios de desenvolvimento de pesquisa convencional (Cooper, 1984 *et al.*, citados por, Mendes, Silveira, Galvão, 2008). A figura 1 apresenta as etapas distintas desse processo.

**Figura 1** – Diagrama das etapas do método de pesquisa de uma Revisão Integrativa



**Fonte:** Adaptado Revisão Integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem

A Revisão Integrativa oferece aos profissionais de diversas áreas de atuação na saúde o acesso rápido aos resultados relevantes de pesquisa que fundamentam as condutas ou a tomada de decisão, proporcionando um saber crítico e agilizando a transferência de conhecimento para a prática (Mendes, Silveira, Galvão, 2008).



Neste capítulo apresentamos de uma forma sistemática e objetiva, os procedimentos efetuados nas diferentes fases da Metodologia de Projeto, tendo em conta as cinco fases: o diagnóstico da situação, a definição de objetivos, o planeamento, a execução e a avaliação.

### **3.1 - Diagnóstico da Situação**

Na Metodologia de Projeto a primeira etapa é o diagnóstico da situação, onde cabe descrever a situação-problema identificada, para elaborar um modelo descritivo sobre a realidade, na qual se pretende atuar e mudar. Em contexto de cuidados de saúde deve ser efetuada uma análise integrada das necessidades da população, com o objetivo de perceber e aproveitar os recursos disponíveis para desenvolver estratégias e ações, que visem a promoção da melhoria do estado de saúde da população (Brissos, 2004, citado por Ruivo *et al.*, 2010).

Tendo em conta todos os fatores intervenientes é importante que o diagnóstico da situação seja realizado num tempo rápido e que a ação ocorra em tempo útil, para implementar medidas pertinentes e resolúveis (Ruivo *et al.*, 2010).

Considerámos importante fazer uma revisão bibliográfica sobre a nossa temática, para nos fundamentarmos sobre o tema, apreendendo e mobilizando conhecimentos, com o objetivo de os utilizar e aliar à nossa prática profissional. Tendo em conta as razões da escolha da temática pretendemos mostrar qual foi o caminho, para chegarmos ao nosso problema.

Contextualizando a temática, e como referimos no enquadramento teórico, verificámos pela revisão dos estudos que as alterações ocorridas na sociedade nas últimas décadas, com o crescente envelhecimento, aumento da longevidade e a dependência em todas as idades em consonância com o aumento da idade e o aparecimento de doenças crónicas e incapacitantes influenciou tanto a estrutura social como familiar, o que levou a uma maior solicitação de apoios, tanto formais como informais (Martins, 2002).

O número de pessoas com doença crónica e incapacidade em Portugal representa um índice de dependência total de 54,7% (INE, 2017), estes dados precisam ser melhor pensados, uma vez

que no futuro poderão exigir políticas de medidas de prestação de cuidados de saúde dirigidas às pessoas dependentes e seus cuidadores.

Continua a verificar-se ser a família que assume o cuidado sempre que o apoio formal não existe ou não é suficiente. Sendo a família considerada a instituição social mais antiga, com origem no nascimento do Homem (Petronilho, 2007).

A exposição prolongada de eventos desencadeadores de stress no ato de cuidar afeta tanto a saúde mental do cuidador, como compromete a qualidade dos cuidados e a qualidade de vida da pessoa que os recebe (Trindade *et al.*, 2017). De acordo com o atrás referido as necessidades do prestador informal de cuidados à pessoa com dependência, requerem uma correta avaliação, de onde deverão decorrer intervenções de enfermagem adequadas (Manoel *et al.*, 2013; Melo *et al.*, 2014).

Um dos motivos da escolha de uma UCC, para a realização do estágio final foi por considerarmos que as UCC (s) são um dos grupos que mais contata e melhor conhece a dinâmica familiar, uma vez que estão em permanente contato domiciliário percecionando o quanto pode ser desgastante cuidar da pessoa dependente levando a alterações na sua saúde física e mental, com repercussões na qualidade dos cuidados que presta.

Com a tendência verificada do aumento do número de indivíduos dependentes com consequente necessidade de apoio no domicílio é de realçar que o concelho do ACES onde está inserida esta UCC apresenta um índice de dependência em 2011 (33,7%) superior à média verificada na Área Metropolitana de Lisboa (27,5%) o que determina a importância dos cuidados domiciliários em cuidados de saúde primários (INE, 2018). Os profissionais de saúde dos cuidados de saúde primários têm um papel de relevo, uma vez que se defrontam frequentemente com cuidadores em sobrecarga pessoal e familiar (Declaração de Toronto, OMS, 2002).

A nível comunitário esta é uma realidade cada vez mais presente, por essa razão a integração de Enfermeiros Especialistas nos CSP torna-se fundamental na prevenção e deteção precoce de alterações na área de saúde mental em todos os contextos. O papel do EESMP passa pela identificação das necessidades na comunidade, elabora diagnósticos e intervenções adequadas à manutenção e promoção da saúde e qualidade de vida de todos os envolvidos, atuando com o cuidador informal e delineando com ele intervenções terapêuticas, que visem a promoção da sua

saúde mental e empoderamento para enfrentar situações de stress e sobrecarga, que advém da tarefa árdua e complexa da prestação de cuidados.

Durante o estágio final e decorridas frequentes visitas domiciliárias com o enfermeiro supervisor de estágio fomos conversando sobre a problemática que sempre emergia destas visitas. Da mesma forma com a restante equipa de enfermagem da UCC e professor orientador, ao que concluímos ser importante escolher como problemática a intervenção terapêutica do EESMP com o cuidador informal em sobrecarga, na UCC.

Por cada utente inscrito na RNCCI está associado um cuidador informal que no nosso caso constatámos serem todos familiares que coabitam com o utente, estando no papel de CFP assumindo todos os cuidados e despendendo o maior tempo e horas por dia no cuidado, encontrando-se a grande maioria, com necessidade de uma intervenção especializada na área da saúde mental.

Considerando a revisão bibliográfica efetuada e tendo por base uma problemática semelhante vivenciada em contexto de estágio final e também no dia-a-dia profissional, que foi geradora de inquietação, definiu-se como domínio para o estudo: a intervenção terapêutica do enfermeiro com o cuidador informal/familiar em sobrecarga.

Para tal importa conhecer a população-alvo que foi identificada quer na revisão bibliográfica, quer em contexto da prática profissional desenvolvida em contexto de estágio final à qual prestámos cuidados especializados de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. A população é o conjunto de elementos com determinadas características comuns e sobre a qual recai a investigação. Entende-se por população-alvo “o conjunto das pessoas que satisfazem os critérios de seleção definidos previamente e que permitem fazer generalizações” (Fortin, 2009, p. 311).

A nossa população-alvo, quer da Revisão Bibliográfica, quer em contexto de estágio foram os cuidadores informais, embora no nosso contexto de estágio os cuidadores informais foram todos familiares da pessoa dependente havendo uma característica semelhante entre eles, o fato de serem CFP, de salientar o conceito de CFP como já se referiu no enquadramento concetual, ou seja, a pessoa que assume o cuidado integral na totalidade e dedica o maior tempo por dia ao cuidado com a pessoa dependente e onde recaem todas as responsabilidades.

Tendo em conta os aspetos éticos e legais é de salientar que uma Revisão Bibliográfica da Literatura é uma investigação científica e uma atividade humana de grande responsabilidade ética, desde a seleção do problema até à publicação dos resultados o investigador percorre um longo caminho e alguns aspetos considerados de pormenor podem vir a ser considerados de grande importância. Os dilemas éticos mais prevalentes neste tipo de pesquisa estão relacionados com a confidencialidade, a privacidade e o consentimento individual (Martins, 2008).

Perante o referido e segundo estas constatações seguimos a autenticidade das ideias, conceitos e definições dos autores das publicações pesquisadas, de forma a assegurar o rigor da análise e fidelidade dos métodos, sendo ainda realizadas as devidas citações e referências, de acordo com a norma APA.

No sentido de dar resposta à nossa problemática e auxiliar na pergunta de pesquisa pelo acrónimo **PICO (D)** (**P** - População, **I** - Intervenção, **C** - Intervenção de Comparação, **O** - Outcome ou resultado esperado, **D** - Desenho ou tipo de estudo) emergiu a seguinte pergunta de partida: *Quais as intervenções de cariz terapêutico do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica com o cuidador informal em sobrecarga, na UCC?*

### **3.2 - Definição de Objetivos**

Após cumprir o diagnóstico da situação e seguindo a metodologia de projeto devem ser definidos objetivos que se centrem na resolução do problema, apresentando quais os resultados a alcançar. Os quais devem ser claros, precisos, exequíveis, mensuráveis e formulados em enunciado declarativo (Ruivo *et al.*, 2010).

Segundo o autor Fortin (1999, p. 99) “ *o objetivo de estudo num projeto de investigação enuncia de forma precisa o que o investigador tem intenção de fazer*”. Qualquer pesquisa deve ter um objetivo definido para saber o que se vai investigar e o que se pretende alcançar.

Também refere (Mão de Ferro, 1999, citado por Ruivo *et al.*, 2010), que os objetivos gerais são como enunciados de intenções que descrevem os resultados esperados, ou seja fornecem-nos indicações acerca do que o formando deverá ser capaz de fazer após o seu percurso formativo. Assim definimos como objetivo geral o seguinte:



- Identificar as intervenções de cariz terapêutico do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental com o cuidador informal, em sobrecarga.

A avaliação de um objetivo geral só é possível se este for concreto e específico considerando-se importante estabelecer objetivos específicos num trabalho de projeto (Mão de Ferro, 1999 citado por Ruivo *et al.*, 2010). Desta forma definimos como objetivos específicos:

- Identificar dificuldades/necessidades e sentimentos manifestados pelo cuidador informal comprovados e decorrentes de evidência científica;
- Enumerar um conjunto de instrumentos de medida utilizados na sobrecarga do cuidador informal comprovados e decorrentes de evidência científica;
- Apresentar uma proposta de intervenções terapêuticas do EESMP com o cuidador informal eficazes no alívio da sobrecarga.

Apresentados os objetivos geral e específicos podemos partir para a etapa de planeamento onde apresentamos as estratégias e atividades encontradas, para a concretização dos mesmos.

### **3.3 - Planeamento**

Esta terceira fase da Metodologia de Projeto inclui a elaboração de um plano detalhado das intervenções que se pretendem realizar faz-se um levantamento dos recursos, das limitações condicionantes, dos métodos e técnicas a utilizar. A utilização e escolha das atividades, meios e estratégias a realizar estão ligadas com os objetivos previamente definidos (Miguel, 2006, citado por Ruivo *et al.*, 2010).

Desde o início de 1990 que surgiu o conceito *Evidence-Based* (baseado em evidência) com rápido desenvolvimento sob a liderança do professor David Sackett da Universidade de Oxford (Apóstolo, 2017). A melhor prática é uma característica central de todos os serviços de saúde com base em evidências e por isso torna-se importante basear as políticas de saúde e práticas de cuidados de saúde sobre a melhor evidência disponível (Person *et al.*, 2012, citados por Apóstolo, 2017).

Os Cuidados de Saúde Baseados na Evidência constituem um processo, que através do conhecimento e evidência orientam a prestação de cuidados de saúde de forma eficaz e

adequada, realista e significativa para populações, culturas e contextos específicos (Apóstolo, 2017). A Prática Baseada na Evidência (PBE) acrescenta elevado valor aos cuidados de saúde e melhora a experiência do utente em relação à qualidade e confiabilidade dos cuidados de saúde, assim como os resultados em saúde reduzindo os custos (Melnyk, Gallagher-Ford, Long, & Fineout-Overholt, 2014, citados por Apóstolo 2017).

A adoção, implementação e sustentabilidade da PBE torna-se cada vez mais importante para a saúde, organizações de saúde e para os próprios profissionais (Wise, 2009; Aarons, Ehrhart, & Farahnak, 2014 citados por Apóstolo, 2017).

Por tudo isto também a profissão de enfermagem como ciência, utiliza cada vez mais a PBE na sua prática profissional para a melhor tomada de decisão clínica, oportuna, adequada e significativa para as pessoas ou comunidades. Requer a capacitação do enfermeiro na procura de estratégias para o desenvolvimento e atualização de pesquisas na prática, que visem ultrapassar a diferença entre teoria, prática-pesquisa e cuidar. Torna-se assim uma ferramenta do processo de trabalho do enfermeiro e fundamentalmente uma dimensão da prática, aperfeiçoando a qualidade do trabalho do profissional de enfermagem (Pedrolo, *et al.*, 2009).

Ao elaborarmos uma Revisão Integrativa da Literatura procurámos através de métodos de pesquisa científica saber os resultados da evidência, sobre a nossa temática e incorporar conhecimentos que nos pudessem ser úteis para utilizar na nossa prática clínica. Na Revisão Integrativa da Literatura, em concordância com o autor citado e o protocolo de pesquisa da Joanna Briggs Institute, foram realizadas seis etapas: 1) identificação do tema e elaboração da questão de pesquisa; 2) estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão de estudos e seleção da amostra; 3) categorização dos estudos e definição das informações extraídas dos estudos selecionados; 4) avaliação dos estudos incluídos na revisão; 5) interpretação/discussão dos resultados; 6) apresentação/síntese do conhecimento disponível (Mendes, Silveira, Galvão, 2008).

#### 1) Elaboração da questão de pesquisa;

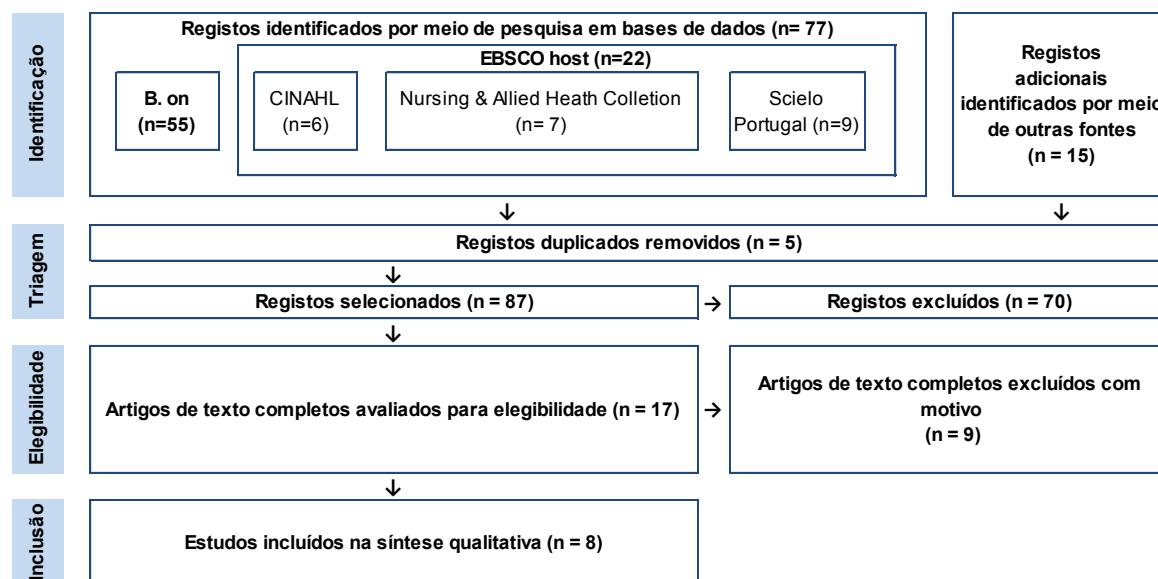
O método utilizado na formulação da questão de investigação e critérios de seleção da amostra foi o método PICO (D): participantes, intervenção, contexto, outcomes e desenho (tipo de estudo). Para guiar a revisão foi formulada a seguinte questão de investigação: *Quais as intervenções de cariz terapêutico do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica com o cuidador informal em sobrecarga?*

## 2) Critérios de inclusão e exclusão de estudos;

Para a procura de artigos científicos foram utilizadas as bases de dados B. on; EBSCO (CINAHL Complete; Nursing & Allied Health Collection) e SCIELO Portugal publicados na íntegra, num período temporal de cinco anos (2013 a 2017), artigos publicados em português e inglês. Na busca de outras fontes de informação (teses, dissertações de doutoramento e mestrado) recorreu-se ao Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP), para enriquecimento do tema abordado. As palavras-chave utilizadas foram: “Family Caregiver”; “Nursing”; “Intervention of the Specialist Nurse in Mental and Psychiatric Health” em inglês e em português, “Cuidador Familiar”; “Enfermagem”; Intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica”. Utilizaram-se os caracteres booleanos AND para conjugar as diferentes palavras-chave.

Na seleção dos artigos definiram-se como critérios de inclusão: estudos que retratassem dificuldades/necessidades e sentimentos expressos pelos cuidadores familiares, sobrecarga associada ao ato de cuidar de familiares dependentes residentes no domicílio, assim como, a identificação das intervenções de cariz terapêutico do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica eficazes na promoção da saúde mental do CI. Como critérios de exclusão foram os artigos que abordassem pessoas dependentes institucionalizadas, cuidadores informais remunerados e cuidadores formais. Todos foram excluídos pelo título, seguido do resumo e posteriormente pelo texto integral. Os artigos em inglês foram excluídos pelo mesmo processo anterior e posteriormente por não irem ao encontro da problemática estudada. Os artigos selecionados pelo título e resumo foram lidos na íntegra. Foram identificados 92 estudos no total e depois de aplicar os critérios de inclusão e exclusão apenas selecionámos 8 estudos. A figura 2 representa o processo de seleção e eliminação dos artigos.

**Figura 2** – Diagrama de fluxo da seleção e eliminação dos artigos que integram a revisão bibliográfica (Briggs,2015)



**Fonte:** Adaptado da seleção dos artigos que integram a revisão bibliográfica (Briggs, 2015).

### 3) Categorização dos estudos e definição das informações extraídas dos estudos selecionados;

Os estudos incluídos nesta Revisão Integrativa encontram-se no quadro nº 1. Os itens a extrair incluíram: identificação do estudo (autores), país/ano, tipo de estudo com nível de evidência segundo a classificação (Briggs, 2015), objetivo, população/amostra e a sua caracterização.

**Quadro nº 1** – Estudos incluídos na Revisão Integrativa da Literatura, população/amostra e sua caracterização

Estudo (Autores), País e Ano	Tipo de estudo e nível de evidência	Objetivo do Estudo	População/amostra e sua caracterização
<b>E1:</b> Manoel, M., Teston, E., Waidman, M., Decesaro, M., Marcon, S. Brasil (2013)	Descritivo qualitativo. Evidência moderada.	Conhecer o significado de ser cuidador e a relação com o nível de sobrecarga em cuidadores familiares de doentes crónicos.	10 Cuidadores: sexo feminino, média de 61,8 anos.
<b>E2:</b> André, S., Nunes, M., Martins, M., Rodrigues, V. Portugal (2013)	Observacional descritivo transversal. Evidência moderada.	Determinar as variáveis preditores da saúde mental do cuidador informal.	636 Cuidadores: Idades entre os 17 e 85 anos; Casados; 47,6% filhos (as) e genros/noras; 26,6% marido/esposa e 4,7% sobrinho



*Intervenção Terapêutica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica com o Cuidador Informal em Sobrecarga, na UCC*

(Continuação)

<b>E3:</b> Alonso, M., López, I., Vargas, M., Aguilera, P. México (2014)	Observacional descritivo transversal. Evidência moderada.	Conhecer as condições pessoais, de sobrecarga e sua relação com a síndrome de Burnout no cuidador informal.	52 Cuidadores: 81% sexo feminino, média de 44 anos; 58% casados; 45% filhos dos idosos; 35% filhas; 50% escolaridade média; 27% trabalham;
<b>E4:</b> Trindade, I., Romão, D., Fernandes, S., Varela, V., Braga, M. Portugal (2017)	Observacional desenho analítico e transversal sem grupo de controlo. Evidência moderada	Caracterizar o grau de sobrecarga dos cuidadores de dependentes em cuidados domiciliários e correlaciona-lo com o grau de dependência e identificar as dimensões do bem-estar do cuidador mais afectadas.	60 Cuidadores: 78,5% sexo feminino; média de 64,2 anos; 52,3% filho; 20% cônjuge; 1,5% sobrinho; 3,1% irmão; 4,6% vizinho; 18,5% outro; 15,4% solteiros; 49,2% casados; 20% divorciados e 15,4% outro estado; 1,5% analfabetismo; 53,9% 1º ao 3º ciclo; 24,6% ensino secundário e 20% superior. Situação profissional: 23% ativo; 77% desempregado/reformado.
<b>E5:</b> Ferreira, I. Portugal (2013)	Qualitativo com análise de conteúdo. Evidência plausível.	Conhecer o nível de sobrecarga dos cuidadores informais aquando da prestação de cuidados à pessoa dependente.	20 Cuidadores: Sexo feminino entre 52 e 82 anos; 40% esposas; 30% filhas; 5% noras; 25% outros; 90% em coabitação; 60% casadas; 25% viúvas; 10% divorciadas; 5% solteiras; 80% com o 1º ciclo de ensino básico; 5% sem escolaridade; 5% com ensino superior. 4 Cuidadores com profissão no ativo. Prestam cuidados 7 dias, 100%; presta cuidados entre 21 a 24 horas 90%. Dependência da pessoa: 35% 1 a 3 anos, 25% 3 a 6 anos, 15% 3 a 6 meses; 15% mais de 6 anos e 10% 6 meses a 1 ano.
<b>E6:</b> Bidarra, M. Portugal (2013)	Observacional qualitativo. Descritivo, exploratório, Transversal. Evidência plausível.	Prestar cuidados de Enfermagem de Saúde Mental à pessoa/família/comunidade.	9 Famílias: sem caracterização da amostra.
<b>E7:</b> Loureiro, L., Pereira, M., Fernandes, M., Oliveira, J. Brasil (2015)	Qualitativo com análise de conteúdo. Evidência moderada.	Identificar a percepção de enfermeiras da atenção domiciliar sobre a tensão no papel de cuidador.	7 Enfermeiras: Idades entre 28 e 42 anos com 5 anos de exercício profissional, no Serviço de Atenção Domiciliar (no cuidado a idosos) e em atividade durante o período da colheita de dados.
<b>E8:</b> Rocha, R. Portugal (2014)	Estudo de casos múltiplos, quase experimental. Evidência plausível.	Avaliar a eficácia de um programa psicoeducativo na melhoria do nível de saúde mental dos cuidadores informais de idosos com dependência física.	4 Cuidadoras: Idades 49, 58, 59 e 61 anos. 2 Esposas e 2 filhas. Todas coabitam com a pessoa dependente; 2 cuidadoras com o 4º ano; 1 com o 9º ano e 1 sem referência. Com profissão própria 1; desempregadas 2 e reformada 1.

**Fonte:** Autora do Relatório

4) Avaliação dos estudos incluídos na revisão;

Dos oito estudos analisados e avaliados pelo protocolo da Joanna Briggs Institute (2015), poderemos confirmar observando o quadro nº 1, que houve quatro estudos descritivos transversais qualitativos, um descritivo qualitativo, dois qualitativos com análise de conteúdo e apenas um estudo de casos múltiplos quase experimental, sendo sete de evidência moderada e um de evidência plausível.

5) Interpretação/discussão dos resultados;

De acordo com os resultados dos estudos relativamente à caracterização da população/amostra (tabela nº 1) poderemos dizer que a literatura é consensual, a maioria dos cuidadores informais são familiares da pessoa dependente e são do sexo feminino. Adultos de meia-idade entre os 44 e 65 anos na posição de filhas, esposas e genros/noras sendo a maioria casados. Alguns cuidadores coabitam com os seus familiares dependentes, outros já habitavam anteriormente à dependência do seu familiar. Relativamente à escolaridade apenas alguns estudos fazem referência, não obtendo dados concretos nesta variável. A maioria dos cuidadores tem uma escolaridade baixa, sendo uma percentagem considerável analfabeta e uma baixa percentagem com o ensino superior. A maioria encontra-se sem situação profissional ativa ou estão desempregados/reformados, o que traduz dificuldades económicas, para cuidar da pessoa dependente e assegurar as restantes despesas.

Para facilitar a recolha dos dados criou-se o quadro nº 2 com os itens a extrair de cada estudo, que foi preenchida à medida que os artigos selecionados foram analisados e a apresentação dos dados foi realizada de forma descritiva. Os oito estudos encontram-se agrupados por fenómeno/variáveis estudadas e que foram considerados de relevância para este estudo.

**Quadro nº 2 – Extração de dados/resultados dos estudos da Revisão Integrativa da Literatura**

Tempo de cuidador e tempo dedicado ao cuidado. <b>E1, E8</b>	<b>E1:</b> Cuidadoras há 5,5 anos. <b>E3:</b> Cuidadores entre 1 e 6 anos; 42% dedica 6 a 15 h ao cuidado. <b>E5:</b> Cuidados 7 dias entre 21 e 24 horas. <b>E8:</b> Cuidadores há 3 anos.
Colaboração de outros cuidadores no cuidado. <b>E4, E5</b>	<b>E4:</b> 46,2% dos cuidadores tem auxílio de outros e 53,8% não tem auxílio. <b>E5:</b> 75% dos cuidadores tem auxílio de outros familiares, 25% tem auxílio. 50% tem rede de suporte formal.
Categorias e razões associadas ao papel de cuidador. <b>E5, E8</b>	<b>E5:</b> Motivos para ser cuidador; dificuldades sentidas na prestação de cuidados; satisfação pela prestação de cuidados; modos de adaptação associados ao cuidar para ultrapassarem momentos difíceis e aspetos positivos/negativos da prestação de cuidados.

*Intervenção Terapêutica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica com o Cuidador Informal em Sobrecarga, na UCC*

(Continuação)

Categorias associadas à tensão do papel de cuidador. <b>E7</b>	<p><b>E8:</b> Razões para cuidar do seu familiar: 1 obrigação moral e religiosa; 2 ausência de recursos para colocar numa instituição; 1 por obrigação familiar e evitar a sua institucionalização.</p> <p><b>E7:</b> 1) Características da tensão do papel de cuidador com as subcategorias: alterações emocionais, físicas e modificações na vida pessoal. 2) Determinantes da tensão do papel de cuidador com as subcategorias: dificuldade financeira, conflito familiar, desvalorização do papel, estado de saúde/dependência do doente, sobrecarga de atividades. 3) Consequências da tensão do papel de cuidador com as subcategorias: sentimentos vivenciados pelo cuidador(a), prejuízo na qualidade do cuidado.</p>
Perfil psicológico do cuidador e estado de saúde mental. <b>E2</b>	<p><b>E2:</b> 55% dos cuidadores informais com perfil psicológico vulnerável ao stress; Boa saúde mental 58%; fraca 36,8% e razoável 5,2%. Cuidadores do sexo masculino têm melhor saúde mental. A maior idade corresponde a pior saúde mental. Preditores da saúde mental: vulnerabilidade ao stress, implicações na vida pessoal e o neuroticismo. Neuroticismo característica de personalidade que predominou.</p>
Cuidadores medicados para depressão. <b>E6</b>	<p><b>E6:</b> Das 9 famílias do projeto, 4 familiares estavam a fazer medicação antidepressiva.</p>
Relação direta entre o tempo de cuidado e o nível de sobrecarga do cuidador. <b>E1</b>	<p><b>E1:</b> Relação entre o tempo de cuidado e o nível de sobrecarga. Identificadas 4 categorias nesta relação: 1) A relação familiar influencia a forma de exercer o cuidado; 2) A sobrecarga refletida na obrigação em ser cuidado; 3) O significado de “ser cuidador” relacionado ao nível de sobrecarga; 4) Mudanças que ocorreram na vida do cuidador e nas relações familiares. Escala de Zarit entre 40 e 72 pontos, score médio 54,6 pontos.</p>
Sobrecarga no cuidado diariamente. <b>E3, E4, E5, E6</b>	<p><b>E3:</b> 58% sofre de sobrecarga pelo cuidado diariamente. <b>E4:</b> 44,6% (n=29) sobrecarga intensa; 20,0% (n=13) sobrecarga ligeira e 35,4% (n=23) não apresentou sobrecarga.</p> <p><b>E5:</b> 6 com sobrecarga ligeira, 13 com sobrecarga intensa e 1 cuidador demonstrou ausência de sobrecarga. <b>E6:</b> 8 cuidadores familiares em sobrecarga.</p>
Stress do cuidador e Intervenção psicoeducativa aos cuidadores. <b>E8</b>	<p><b>E8:</b> Diagnóstico de enfermagem: Stress do cuidador avaliado em Pré-teste e Pós-teste. Stress do cuidador aumentado, em grau moderado em pré teste e grau reduzido nos pós teste: <b>1 cuidadora</b>. Stress do cuidador aumentado, em grau elevado no pré e pós: <b>1 cuidadora</b>. Stress do cuidador aumentado, em grau elevado, no pré teste e grau moderado no pós teste: <b>1 cuidadora</b>. Stress do cuidador não aumentado no pré e pós teste: <b>1 cuidadora</b>. Todas as cuidadoras receberam intervenção psicoeducativa.</p>
Aconselhamento com apoio psicoterapêutico. <b>E6</b>	<p><b>E6:</b> 100% dos cuidadores com necessidades de aconselhamento tiveram apoio psicoterapêutico.</p>

**Fonte:** Autora do Relatório



6) Apresentação/síntese do conhecimento disponível.

Procedemos à apresentação dos resultados que podem ser visualizados no quadro nº 2 e que foram extraídos da nossa seleção de estudos, passando em seguida à análise e interpretação dos resultados dos mesmos. Dos 8 estudos selecionados com qualidade metodológica e avaliação positiva face aos níveis de evidência correspondentes, foi possível aferir que permitem caracterizar os cuidadores informais, assim como conhecer as suas necessidades e as intervenções de cariz terapêutico que o EESMP pode desenvolver com o cuidador informal em sobrecarga, permitindo enquadrar a resposta à questão de investigação elaborada: *“Quais as intervenções de cariz terapêutico do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica com o cuidador informal em sobrecarga?”*

A resposta à questão elaborada surge no âmbito da necessidade do EESMP implementar intervenções terapêuticas promotoras no alívio da sobrecarga, que o cuidador informal apresenta durante a prestação de cuidados à pessoa dependente e ao mesmo tempo permitir uma melhor integração no seu papel de “cuidador”.

A vida do cuidador é condicionada pela sua função sentida na obrigação em deixar o emprego e dedicar-se apenas ao cuidar e a abdicar de momentos de lazer. Estas características do CI estão firmadas em referências culturais do Cuidador Informal/Familiar português apurado em outros estudos (André *et al.*, 2013).

A caracterização dos cuidadores revela necessidades que geralmente estão relacionadas com necessidades do CI, com o seu papel enquanto cuidador e o contexto em que presta o cuidado. O papel do CI é desgastante e cansativo, acarretando progressivamente um aumento da sobrecarga em diferentes domínios, tanto físico como emocional (Melo, Rua, Santos, 2014).

A prestação de cuidados e o tempo gasto no cuidado estão relacionados, os resultados dos estudos revelam, que são cuidadores familiares entre 1 e 8 anos e despendem no cuidado entre 6 a 24 horas, prestadores de cuidados 7 dias por semana. Da experiência anterior como cuidador apenas dois estudos E4 e E8 fazem referência a esta variável, sendo que a maioria dos cuidadores prestam cuidados pela primeira vez ao seu familiar dependente. Houve alguns cuidadores que receberam auxílio de outros familiares ou da rede de suporte formal de cuidados, tal como confirmam os estudos E4 e E5.



Todas as necessidades dos CI são muito importantes e permitem perceber que irão conduzir à futura intervenção do EESMP. Estas necessidades manifestam-se como necessidades relacionadas com o conhecimento, com a gestão de sintomatologia ansiosa e depressiva, com a gestão das relações familiares e sociais, falta de apoio institucional/formal e com a necessidade de desenvolvimento de estratégias de *coping* e de resolução de problemas assim como estratégias de tomada de decisão (Ferré-Grau *et al.*, 2017).

*Coping* é a disposição para gerir o stress que constitui um desafio aos recursos que a pessoa possui, para satisfazer as exigências da vida. Como foco de enfermagem o cuidador apresenta *coping* ineficaz ou diminuído, pelo que cabe ao enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica em parceria com o CI capacitá-lo para adotar diferentes estratégias de *coping* ou mecanismos de superação, apoiado à tomada de decisão, encorajar na relação e iniciar treino de competências (Sequeira, 2010).

Quanto aos modos de adaptação nos momentos difíceis associados ao cuidar alguns cuidadores referiram alterar as suas rotinas, recorrer a recordações, utilizar meios auxiliares facilitadores à prestação de cuidados para contornar as dificuldades sentidas e o recurso a alguns familiares para colaborar em alguns cuidados. Enquanto outros cuidadores responderam não ter quaisquer modos de adaptação (Ferreira, 2013).

Outro foco de intervenção de extrema importância em saúde mental é contribuir para uma adaptação eficaz dos CI. É importante que os EESMP trabalhem com CI técnicas de resolução de problemas. Só ajudando as pessoas a procurar mais do que uma alternativa a diversos problemas, é que as capacitamos para melhorar a sua adaptação aumentando o seu empoderamento.

Para a resolução de determinado problema surge a adaptação que pode ser positiva ou negativa. Sempre que a família adquire novos recursos ou estratégias de *coping*, tem uma adaptação positiva e consegue atingir o equilíbrio. Quando existe uma deterioração da saúde e do sistema familiar a adaptação é negativa e o equilíbrio não é atingido (Sequeira, 2010). O papel do EESMP é imprescindível para interferir nos processos de modificação de comportamentos e apoiar na adaptação do cuidador ao seu novo papel.

Um dos estudos desta revisão E7 revelou que, a perceção dos enfermeiros através da sua experiência na prática clínica identificaram, como diagnóstico de enfermagem “Tensão no papel

de cuidador”. Este diagnóstico foi dividido em três categorias temáticas: características, determinantes e consequências da tensão do papel de cuidador.

O reconhecimento deste diagnóstico permite planejar e implementar intervenções de enfermagem para prevenir e minimizar os efeitos prejudiciais à saúde e ao bem-estar do cuidador e pessoa dependente. As ações do enfermeiro especialista em saúde mental devem ser no espaço domiciliar e contemplar atividades que vão de encontro à orientação do cuidado, oferta de oportunidade para expressar e acolher sentimentos e estimular ao relato de experiências e dificuldades, para que juntos (enfermeiro-cuidador) possam encontrar estratégias de alívio da sobrecarga e reabilitar o cuidador (Loureiro *et al.*, 2015).

Assegurar a qualidade dos cuidados, outro aspeto relevante que para o cuidado se torna gratificante, pois ver a pessoa dependente bem cuidada obtém competência e autoeficácia para si próprio (Ferreira, 2013). Valorizar as coisas simples da vida desenvolvendo forças pessoais e aumentando a aceitabilidade do seu próprio envelhecimento e o reforçar laços afetivos também pode reverter para o cuidador satisfação pessoal e realização social. Podem reverter em intervenções para o EESMP se os CI aceitarem o seu papel, valorizarem o cuidar ao seu familiar e ficarem agradecidos pelo que fazem, o enfermeiro está a promover a sua saúde mental.

São aspetos positivos alguns dos motivos que levam os familiares a assumir a função de cuidar como a ausência de outras pessoas para desenvolver essa tarefa. O cuidar surge como uma obrigação e não como uma opção de vida, mas por força das circunstâncias (Manoel *et al.*, 2013).

Quanto aos aspetos negativos no E5 e as características da tensão do papel de cuidador no E7 destacam-se o cansaço físico/mental do cuidador, a ausência de partilha de cuidados com outros elementos da família, ausência de conhecimentos, stress, falta de reconhecimento pela pessoa cuidada, problemas económicos, elevada dependência da pessoa e pouca disponibilidade de tempo (Ferreira, 2013). Nesta situação emergem vários focos de enfermagem aos quais o EESMP deve estar desperto tais como o foco de cansaço presente, o de interação prejudicada e o de conhecimento comprometido.

Os elementos negativos associados ao cuidar são habitualmente o peso, a sobrecarga e o stress, gerando sintomatologia como tensão, frustração, isolamento, ansiedade, depressão, fadiga, raiva, conflito familiar e culpa (Sequeira, 2010). Os sentimentos negativos do cuidador no E5 tal como os determinantes e consequências da tensão no papel do cuidador no E7 face ao

cuidar podem gerar desgaste, que se traduz em sobrecarga manifestando-se por uma redução da vitalidade, do desempenho físico e social do cuidador (Loureiro *et al.*, 2015).

Cabe ao enfermeiro trabalhar a culpa com o cuidador no sentido de ajudar a pessoa a enfrentar sentimentos dolorosos de responsabilidade real ou percebida. Assistir o CI a aceitar a universalidade da culpa, identificar comportamentos na situação de culpa, identificar a transferência negativa dos seus sentimentos para outras pessoas, identificar possíveis crenças, facilitar disponibilidade e promover a discussão do impacto da situação sobre as relações familiares (Sequeira, 2010).

Os resultados referentes ao perfil psicológico dos CI e o seu estado de saúde mental permitiram identificar vulnerabilidade ao stress, neuroticismo, sintomatologia depressiva, pelo que as intervenções mais referidas visaram: avaliação diagnóstica dos CI com recurso a instrumento de medida (escala de Zarit) e também a realização de programas de intervenção com os cuidadores na fase de adaptação e promoção da saúde mental com um programa de psicoeducação (André *et al.*, 2013). A principal limitação que o autor do estudo apresentou foi que a psicoeducação teve um reduzido número de sessões justificado pelas limitações de tempo para o seu desenvolvimento. Outra limitação foi um espaço temporal demasiado longo entre o pré-teste e o início da intervenção o que também dificultou a avaliação da efetividade da intervenção (Rocha, 2014).

Os CI (s) pela variedade de tarefas que asseguram enfrentam no seu dia-a-dia enormes desafios quer do ponto de vista físico quer emocional, passando por uma experiência simultânea de emoções positivas e negativas no processo de cuidar. As características desses sentimentos e a sua vivência isoladamente, associados à pressão da dependência, desencadeiam stress e sobrecarga no cuidador, influenciando a qualidade dos cuidados prestados (Manoel *et al.*, 2013).

A dualidade do papel que o cuidador desempenha, coloca muitas vezes o sofrimento da pessoa cuidada em primeiro lugar, minimizando o seu próprio sofrimento, adiando e esquecendo os seus problemas de saúde e colocando-se também como alvo dos seus cuidados (Manoel *et al.*, 2013).

O cuidador sofre para si e não partilha os seus sentimentos, emerge o sofrimento oculto em que o EESMP pode ajudar a pessoa a substituir um comportamento indesejável por outro

desejável, utilizando os pressupostos e técnicas adaptadas da terapia comportamental (Sequeira, 2010).

Mostrou a evidência que através das necessidades dos cuidadores informais é que surge uma avaliação diagnóstica por parte do EESMP, como uma proposta complementar ao núcleo de intervenções que efetivamente se identificaram.

### **3.4 - Execução**

Na fase de execução da Metodologia de Projeto é colocado em prática tudo o que foi planeado. Esta fase assume uma importância significativa para os participantes do projeto uma vez que possibilita a realização das suas vontades e necessidades através das ações planeadas (Ruivo *et al.*, 2010). É necessária a procura de dados, informações e documentos que contribuam para a resolução do problema selecionado, tendo em conta o tempo previamente estabelecido, a mobilização de meios, situando-se nas realidades representadas. A execução é desta forma “já transformadora” (Castro, *et al.*, 1993; Carvalho *et al.*, 2001, citados por Ruivo, *et al.*, 2010).

Após recolha e tratamento dos dados da nossa revisão da literatura como se apresentou na fase de planeamento há que preparar a ação a desenvolver tendo como finalidade a resolução do problema levantado (Leite *et al.*, 1989, citado por Ruivo, 2010). Nesta fase, segundo Nogueira “*a elaboração e a execução de um projeto encontram-se necessariamente ligadas a uma investigação – ação que deve ser simultaneamente um ato de transformação, uma ocasião de investigação e de formação, tornando-se portanto uma produção intelectual*” (Nogueira, 2005, p. 84, citado por Ruivo *et al.*, 2010).

Depois da análise da extração de dados/resultados dos nossos estudos e como forma de darmos resposta à nossa pergunta PICO os autores nos estudos identificaram, que o aconselhamento com apoio terapêutico e a intervenção psicoterapêutica ao cuidador teve boa aceitação por parte dos cuidadores intervenientes e pode ter efeitos benéficos no alívio da sobrecarga. No entanto por ter sido uma amostra muito pequena não houve grande relevância em termos de evidência nem a evidência demonstrou quais os efeitos benéficos que produziu nos cuidadores.



Considerando o que os estudos referem sobre a nossa temática considerámos importante elaborar um conjunto de intervenções de cariz terapêutico, tendo em conta não só o aconselhamento terapêutico e a intervenção psicoterapêutica ao cuidador, que os estudos revelaram, mas também e segundo a CIPE® considerar outras intervenções terapêuticas importantes que o EESMP terá que ter em conta na abordagem ao cuidador informal/familiar em sobrecarga e que vão dar resposta à nossa pergunta de investigação e aos nossos objetivos específicos.

No domínio da saúde mental colocam-se dois grandes desafios, compreender o cuidador informal/familiar e fornecer-lhe o apoio adequado ao seu contexto familiar e à sua dinâmica, respetivamente. Pelo que a aproximação dos profissionais ao cuidador familiar é imprescindível no processo de cuidar.

Tomámos como quadro concetual de enfermagem neste processo a teoria de enfermagem de Hildegard Peplau, a teoria das relações interpessoais tendo em conta o suporte que esta teoria fornece mais a utilização da linguagem CIPE®. Definimos diagnósticos de enfermagem que vão de encontro ao que os nossos estudos concluíram, acrescentando outros que em contexto da nossa prática profissional encontrámos no cuidador familiar em sobrecarga. Todos eles constituem um referencial teórico, para futuras intervenções terapêuticas dos EESMP na UCC, onde o estágio se realizou.

Tendo em conta as quatro fases da teoria das relações interpessoais de Hildegard Peplau e podendo estas serem orientadoras da ação dos EESMP, organizámos as intervenções de enfermagem por fase, com um conjunto de intervenções de enfermagem (ver quadro nº 3).

**Quadro nº 3** – Intervenções de enfermagem identificadas de acordo com as quatro fases da teoria das relações interpessoais de Hildegard Peplau

As quatro fases da teoria de Hildegard Peplau	Intervenções de enfermagem
<b>Orientação:</b> primeira fase do processo inicia-se com a procura da pessoa pelo profissional a partir de uma necessidade sentida que a pessoa identifica e que o leva a procurar ajuda de um profissional. O papel do enfermeiro é orientar a pessoa a reconhecer e compreender o seu problema e determinar e decidir qual a necessidade de ajuda profissional adequada (Vibedeck, 2011).	<ul style="list-style-type: none"><li>• Escutar ativamente;</li><li>• Disponibilizar presença;</li><li>• Disponibilizar suporte emocional;</li><li>• Aconselhar.</li></ul>

(Continuação)

<b>Identificação:</b> a pessoa identifica-se com quem o pode ajudar estabelecendo-se assim uma relação. Esta fase permite que entre enfermeiro-pessoa se possam esclarecer as perceções e expectativas mútuas. O enfermeiro usa a sua formação profissional e a sua habilidade para ajudar a pessoa a fortalecer as forças positivas da sua personalidade e cria uma atitude de otimismo e satisfação necessária na pessoa (Peplau, 1990).	<ul style="list-style-type: none"><li>• Escutar ativamente;</li><li>• Estabelecer relação de ajuda;</li><li>• Aliviar a ansiedade;</li><li>• Apoiar o prestador de PCI;</li><li>• Apoiar na tomada de decisão.</li></ul>
<b>Exploração:</b> a pessoa após se identificar com o enfermeiro tenta retirar da relação todas as mais-valias do ambiente de cuidados. Existe por parte do enfermeiro ajuda na projeção de novos objetivos a atingir, através do esforço conseguido pela pessoa e dos contributos de toda a relação oferecida. Desta forma a pessoa explora todos os bens e serviços que conhece com vista aos seus interesses e necessidades (Peplau, 1990).	<ul style="list-style-type: none"><li>• Escutar ativamente;</li><li>• Ensinar o PCI;</li><li>• Negociar contrato terapêutico com o PCI;</li><li>• Realizar intervenção terapêutica relacionado com a gestão da culpa;</li><li>• Planear sessões de psicoeducação em grupo.</li></ul>
<b>Resolução:</b> a última do processo interpessoal a pessoa gradualmente coloca de parte os objetivos antigos e adota novos objetivos. As necessidades da pessoa são satisfeitas e ocorre a dissolução da relação terapêutica. Existe uma libertação gradual da identificação das pessoas que proporcionaram ajuda, crescimento e fortalecimento da capacidade de atuar por si mesmo. O enfermeiro ajuda a pessoa a organizar as suas ações até que este se sinta capaz de se aplicar a uma atividade social produtiva e a estabelecer relações. A pessoa ao ultrapassar todas as etapas anteriores e um adequado encadeamento entre elas alcança o êxito, o qual depende da cadeia de acontecimentos precedentes (Peplau, 1990).	<ul style="list-style-type: none"><li>• Escutar ativamente;</li><li>• Renegociar contrato terapêutico com o PCI;</li><li>• Promover melhoria do <i>coping</i> do PCI;</li><li>• Promover melhoria do papel;</li><li>• Executar terapia sócio ambiental;</li><li>• Disponibilizar grupo de apoio.</li></ul>

**Fonte:** Autora do Relatório

A CIPE® (2011) é a taxonomia em uso no SClínico, sistema eletrónico para os registos de enfermagem, mais utilizado atualmente. Na construção deste referencial teórico, nomeadamente diagnósticos de enfermagem e respetivas intervenções foram integrados conceitos da referida taxonomia. Desta forma pela linguagem CIPE®, a pessoa que presta cuidados à pessoa dependente designa-se por Prestador de Cuidados (PC), em vez de Cuidador Informal (CI) como o temos feito ao longo do Relatório.

A linguagem científica CIPE® Versão 2 comum à profissão de Enfermagem permite após a formulação de diagnósticos estabelecer intervenções e avaliar resultados aos cuidados de enfermagem. Segundo Amaral (2010) e Sequeira (2010) identificámos dois focos cujo alvo é o prestador de cuidados. Um dos focos é no domínio da Interação de Papéis como Prestador de

Cuidados (PCI) e o outro é no domínio da Adaptação como o Stress do Prestador de Cuidados Informais (CIPE, 2011). De acordo com Sequeira *“As intervenções devem ser planadas a partir do diagnóstico das necessidades em cuidados e dos interesses específicos de cada cuidador ou grupo de cuidadores”* (2010, p. 244).

Desta forma com a elaboração de um referencial teórico vamos obter o nosso Outcome ao acrónimo PICO, pretendendo assim deixar uma proposta aos enfermeiros, onde teve lugar o estágio final, uma UCC a sul do tejo. Foi elaborado um referencial teórico com linhas orientadoras de intervenções terapêuticas do EESMP no cuidado com o cuidador informal/familiar, onde se definem diagnósticos de enfermagem e respetivas intervenções/ações à medida que a relação entre enfermeiro-cuidador se desenrola ao longo do processo de cuidados.

Antes de implementar qualquer intervenção terapêutica gostaríamos de salientar alguns instrumentos e estratégias a ter em conta na relação terapêutica que se estabelece com o CI. Sendo assim o enfermeiro através da(s) entrevista(s) clínica(s) faz uma avaliação diagnóstica ao cuidador informal/familiar, sendo a entrevista um instrumento importante para delinear um plano de cuidados adequado às necessidades do CI e também avaliar o impacto que a sobrecarga tem na saúde mental do cuidador tendo a refletir-se na qualidade dos cuidados prestados à pessoa dependente.

A entrevista clínica revela-se um instrumento a considerar em todas as fases da teoria de Hildegard Peplau. É utilizada pelo enfermeiro como ferramenta de colheita de dados relativa a factos, ideias, comportamentos, preferências, sentimentos ou expectativas, que assentam em relatos das pessoas entrevistadas e refere-se apenas aos dados outorgados pelos próprios entrevistados. Pela importância que assume fez-nos sentido aprofundar teoricamente a mesma neste subcapítulo do Relatório.

Segundo o autor Anderson (1990), citado por Neeb (2000, p. 120) a entrevista *“é o método principal de colheita de dados que se utiliza na área da saúde”* e (...) *“é importante que a colheita de dados se dirija à pessoa como um todo”*. Os dados recolhidos, através da entrevista enfermeiro-utente, relativamente aos pensamentos e sentimentos são tão importantes como aqueles que se obtêm pelo exame físico” (Neeb, 2000, p. 121).

A entrevista clínica é centrada na recolha de dados para uma determinada avaliação e/ou diagnóstico de enfermagem e envolve um conjunto de entrevistas em que são colocadas várias



questões ao entrevistado, com o objetivo de conhecer o seu estado de saúde. Consiste numa interação comunicativa, onde o enfermeiro organiza um processo de observação e recolha de informações que necessita, com o objetivo de compreender o problema e caracterizar o contexto onde ambos se inserem. Estes dados são importantes e fundamentais para a prescrição de intervenções individualizadas e personalizadas visando o problema/contexto com uma maior efetividade (Sequeira, 2016). É durante a entrevista de admissão que se inicia o processo de intervenção terapêutica de enfermagem, momento que desde o primeiro encontro entre enfermeiro-pessoa se prolonga no tempo até ao final da relação (Lopes, 2006).

Segundo Chalifour a entrevista inicial distingue-se das outras que possam ocorrer por ser:

*“...um encontro formal ao longo do qual aquele que ajuda e aquele que é ajudado entram em contato pela primeira vez com o objetivo de se conhecer, de clarificar um pedido de ajuda, de determinar os serviços mais adequados para lhe responder e de acordo com a situação, permitir ao interveniente oferecer ajuda ou orientar o cliente para o recurso mais apropriado.” (2009, p. 82).*

No âmbito da relação terapêutica com os cuidadores a relação de ajuda inicia-se durante a entrevista estabelecendo-se como instrumento terapêutico e como uma interação, onde o enfermeiro ao colaborar com a pessoa mobiliza as suas capacidades ou modifica o seu estilo de vida, de forma a encontrar um novo sentido para a vida. Segundo Mendes *“a relação de ajuda pode ser considerada um «instrumento» válido e com fidelidade comprovada num processo de cuidados de enfermagem.”* (2006, p. 71).

A Relação de Ajuda constitui a componente central, a essência e o suporte do cuidar de Enfermagem à pessoa. Phaneuf (2005) define os seguintes conceitos base da relação de ajuda:

- A confiança no ser humano e o respeito pela sua dignidade;
- A tendência que o impulsiona a explorar as suas potencialidades;
- A importância da autonomia na evolução pessoal;
- A necessidade da relação como húmus favorecedor do desenvolvimento do ser humano;
- A utilização do enfermeiro como instrumento e modelo de mudança.

Esta relação de natureza terapêutica reconhece o outro como parceiro nos cuidados e é utilizada através de entrevistas de ajuda, programadas ou não programadas. O enfermeiro utiliza a sua própria pessoa como instrumento terapêutico e através da relação interpessoal estimula a



comunicação da outra pessoa consigo própria no contexto em que se insere, permitindo que esta descubra e mobilize as suas capacidades internas e recursos necessários à manutenção/recuperação da sua dignidade, saúde e bem-estar (Rogers, 1985).

Corroborando com os vários autores Lazure (1994), Phaneuf (2005), Chalifour (2008) as intervenções acima apresentadas no referencial teórico tem como objetivo no CI: aumentar a autoestima e o sentimento de segurança, diminuir a ansiedade, permitir uma visualização clara dos problemas, ajudar a tomar atitudes positivas face aos problemas e dificuldades, facilitar a expressão de sentimentos, emoções, experiências e opiniões, desenvolver capacidades de comunicação, visualizar novos pontos de vista e identificar motivações e novos sentidos para a vida.

Phaneuf reconhece a relação de ajuda como o procedimento pelo qual o enfermeiro promove no outro *“o crescimento, o desenvolvimento, a maturidade, um melhor funcionamento e uma melhor capacidade de enfrentar a vida”* (2005, p. 324).

A relação de ajuda numa abordagem holística e humanista consiste numa interação particular entre duas pessoas enfermeiro-pessoa, ambas contribuindo para a satisfação de uma necessidade de ajuda presente na pessoa. Cabe ao enfermeiro adotar uma maneira de estar e de comunicar focalizada na pessoa e que se dirija aos objetivos negociados com este. Estes objetivos relacionam-se com a compreensão do pedido da pessoa e com a intencionalidade inerente à intervenção desenvolvida pelo enfermeiro (Chalifour, 1989).

O foco de atenção/intervenção na relação de ajuda são as vivências, emoções da pessoa, no *“aqui e agora”*, uma vez que a intervenção é centrada no presente e o conhecimento das vivências do passado contribui para melhor compreender o presente, assim como o futuro serve apenas para projetar a pessoa para a mudança a que ela própria aspira (Phaneuf, 2005).

A prática da relação de ajuda desenvolve-se em situações emocionalmente difíceis, carregadas de grande sofrimento ou indecisão sendo um processo em que o enfermeiro se desenvolve enquanto pessoa e enquanto profissional. A relação de ajuda exige o desenvolvimento de competências, habilidades e atitudes (Chalifour, 1989).

É fundamental devido à complexidade da relação de ajuda explorar a mesma sabendo que, para lá chegar são necessárias condições que o enfermeiro já tem de possuir. Trata-se de atitudes

como a presença e a vontade de não julgar, ou qualidades relativas à relação a implementar como a não diretividade da entrevista e a centralidade na pessoa a ajudar, ou ainda considerar os elementos do conteúdo desta relação, como a escuta e a consideração positiva (Phaneuf, 2005).

A **presença** do enfermeiro simboliza «estar lá» e ao mesmo tempo a força que suscita a confiança e a doçura, numa abordagem humana e benevolente. A vontade de não julgar é uma das principais qualidades da escuta na relação de ajuda, ou seja, é a ausência de julgamento, levando a pessoa a realizar ela própria a sua avaliação (Phaneuf, 2005).

A **não diretividade da entrevista** como qualidade da relação traduz-se pela vontade da pessoa que ajuda não usar autoridade ou poder sobre a pessoa ajudada (Phaneuf, 2005).

A **centralidade na pessoa** a ajudar é uma condição prévia ao estabelecimento da relação de ajuda e sendo uma qualidade da relação faz com que a pessoa que ajude se preocupe em primeiro lugar com a própria pessoa, as suas emoções e sentimentos, as suas reações, as suas necessidades e os seus desejos (Phaneuf, 2005).

A **consideração positiva** refere-se a um sentimento de respeito e de confiança que a pessoa que ajuda manifesta à pessoa ajudada, levando-a a perceber todo o seu valor e dignidade. Esta atitude permite ajudar a pessoa a crescer, a demonstrar coragem para enfrentar as dificuldades e se necessário a mudar (Phaneuf, 2005).

Depois de falarmos dos pré-requisitos considerados essenciais à relação de ajuda, estes não podem ser empregues com sucesso, sem antes o enfermeiro fazer um percurso interior e desta forma chegar à utilização de si mesmo como instrumento terapêutico na relação. No entanto existem habilidades que o enfermeiro deve cultivar para concretizar os seus objetivos de ajuda. Estas habilidades permitem criar e reforçar a relação entre enfermeiro-pessoa tal como a empatia, o respeito e a aceitação pela pessoa (Phaneuf, 2005). A **empatia** caracteriza-se por:

*“Um profundo sentimento de compreensão da pessoa que ajuda e que percebe a dificuldade da pessoa ajudada, como se ela penetrasse no seu universo, como se ela se colocasse no seu lugar para se dar conta do que ela vive e da forma como o vive, e que lhe leva o reconforto de que tem necessidade, mas sem se identificar com o seu vivido e sem ela própria viver as emoções” (Phaneuf, 2005, p. 347).*

Outra das habilidades no estabelecimento da relação de ajuda é o **respeito** qualidade pela qual a pessoa que ajuda reconhece a enorme dignidade e o enorme valor da pessoa tendo em conta a

sua aparência física, carácter, comportamentos e hábitos de vida. A **aceitação** implica que o enfermeiro seja capaz de se libertar de avaliações e juízos de valor o que corresponde a um sentimento de abertura ao sofrimento do outro e à sua maneira de ser sem exigir uma mudança, o que constitui uma condição essencial para que se estabeleça uma relação de ajuda (Phaneuf, 2005).

Tendo em conta que só depois de estabelecido todo o processo relacional é que os EESMP podem planear as intervenções/ações terapêuticas com o CI/CFP em sobrecarga, de acordo com os diagnósticos de enfermagem. No quadro nº 4 apresentamos alguns dos diagnósticos de enfermagem e intervenções que nos pareceram mais relevantes considerando a nossa Revisão Bibliográfica e a nossa prática clínica em contexto de estágio final.

Utilizámos como suporte para a construção deste referencial principalmente o autor Amaral (2010) e a CIPE® (2011) versão 2, mas também o Padrão de Documentação de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, OE (2018). Este é um documento de referência por ter sido criado por nove EESMP. Considera-se exclusivo para a atuação dos EESMP e foi sustentado numa metodologia de consensos entre peritos, mas que ainda necessita ser exposto à evidência científica, pois em Portugal não existe mais nenhum documento em que se possa fundamentar (Costa, *et al.*, 2018) Padrão de Documentação de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica da OE.

**Quadro nº 4** - Referencial teórico dos diagnósticos de enfermagem e das intervenções/ações terapêuticas do EESMP com o cuidador informal/familiar em sobrecarga

Diagnósticos de enfermagem	Intervenções/Ações terapêuticas do EESMP
<i>Adaptação comprometida</i>	<p>➤ <b>Aconselhar o PCI:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Determinar a duração da relação de aconselhamento em ambiente privativo;</li><li>• Encorajar/Reforçar desenvolvimento de novas habilidades;</li><li>• Informar as diferenças entre a visão do PCI sobre a sua situação e a do enfermeiro da equipa de saúde;</li><li>• Negociar a intervenção terapêutica;</li><li>• Informar sobre experiências pessoais (autenticidade e confiança);</li><li>• Instruir sobre técnicas de reflexão e esclarecimento para facilitar a identificação da situação que causa sofrimento;</li><li>• Limitar processo de decisão quando o PCI estiver sob stress;</li><li>• Solicitar ao PCI que identifique o que consegue ou não fazer (colaborar na listagem e priorizar as alternativas ao problema).</li></ul> <p>➤ <b>Ensinar o PCI:</b></p>



(Continuação)

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar/ajustar estilo de aprendizagem para facilitar aprendizagem;</li> <li>• Avaliar progresso do PCI e reforçar comportamentos;</li> <li>• Documentar material escrito, oferecido e apresentado e compreensão do PCI;</li> <li>• Identificar necessidades de aprendizagem do PCI e objetivos a alcançar;</li> <li>• Oferecer instrução ao PCI;</li> <li>• Promover ambiente que leve à aprendizagem, motivando a inclusão da família;</li> <li>• Providenciar tempo para perguntas e discussão;</li> <li>• Instruir sobre técnicas de reflexão e esclarecimento para facilitar a identificação da situação que causa sofrimento;</li> <li>• Limitar processo de decisão quando o PCI estiver sob stress;</li> <li>• Solicitar ao PCI que identifique o que consegue ou não fazer (colaborar na listagem e priorizar as alternativas ao problema).</li> </ul> <p>➤ <b>Promover melhoria do papel na família</b></p>
<i>Ansiedade sim em grau moderado</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar o grau de ansiedade, com recurso a instrumento de medida ex: (escala de Hamilton).</li> <li>➤ <b>Aliviar a ansiedade:</b></li> <li>• Disponibilizar presença junto do PCI (promover a segurança e reduzir o medo);</li> <li>• Oferecer suporte emocional;</li> <li>• Explicar intervenções e sensações relacionadas (informar sobre o tratamento e prognóstico da pessoa dependente);</li> <li>• Informar sobre expectativas da situação (esclarecendo comportamento e dúvidas);</li> <li>• Promover participação em atividades lúdicas,</li> <li>• Promover utilização de objetos que simbolizem segurança;</li> <li>• Instruir sobre técnicas de relaxamento.</li> <li>➤ <b>Facilitar trabalho relacionado à culpa:</b></li> <li>• Assistir o PCI a aceitar a universalidade da culpa;</li> <li>• Assistir o PCI a identificar a transferência negativa dos seus sentimentos para pessoas que têm responsabilidades sobre a situação;</li> <li>• Assistir o PCI a identificar os seus comportamentos na situação de culpa (situações vivenciadas);</li> <li>• Facilitar disponibilidade de apoio;</li> <li>• Promover a discussão do impacto da situação sobre as relações familiares.</li> </ul>
<i>Comportamento de procura de saúde comprometido</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoiar o PCI no autocuidado (encorajando-o nos retrocessos da pessoa dependente);</li> <li>• Informar sobre recursos comunitários de cuidados à saúde;</li> <li>• Encorajar a aceitação de interdependência entre os membros da família;</li> <li>• Encorajar o cuidador a assumir responsabilidades (elogiar os seus esforços);</li> <li>• Ensinar técnicas de controlo do stress (identificar como ele enfrenta as dificuldades) de modo a manter a própria saúde (encorajar a participar em grupos de apoio);</li> <li>• Identificar a dependência da pessoa dependente em relação ao cuidador;</li> <li>• Identificar as dificuldades do papel de cuidador (dando oportunidade de exprimir emoção negativa);</li> <li>• Oferecer acompanhamento para assistência de saúde por telefone.</li> </ul>



<p><i>Stress do PCI demonstrado (sobrecarga associada)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar o grau de sobrecarga, com recurso a instrumento de medida ex: (escala de sobrecarga – Zarit).</li> <li>➤ <b>Apoiar na tomada de decisão:</b></li> <li>• Assistir/facilitar na tomada de decisão conjunta com outras pessoas;</li> <li>• Determinar diferença entre a visão que a pessoa dependente tem da sua condição e a visão do cuidador;</li> <li>• Disponibilizar as informações solicitadas;</li> <li>• Informar sobre soluções alternativas (identificar vantagens e desvantagens de cada solução).</li> <li>➤ <b>Promover melhoria do papel de cuidador:</b></li> <li>• Assistir PCI a identificar as mudanças e estratégias necessárias ao papel (a forma como o seu papel pode ser mais eficaz);</li> <li>• Assistir o PCI a identificar o seu papel na família;</li> <li>• Facilitar a discussão de expectativas entre Pessoa dependente/PCI/família em papéis recíprocos;</li> <li>• Facilitar oportunidade do PCI desempenhar novos comportamentos (participar num grupo de apoio, como um modelo).</li> <li>➤ <b>Executar técnica de relaxamento:</b></li> <li>• Relaxamento simples;</li> <li>• Relaxamento muscular progressivo;</li> <li>• Facilitar processo de meditação.</li> <li>➤ <b>Instruir sobre estratégias de redução do stress:</b></li> <li>• Ensinar a executar sozinho a técnica de relaxamento muscular progressivo;</li> <li>• Reservar um tempo só para si;</li> <li>• Ocupar-se de atividades prazerosas.</li> </ul>
<p><i>Tristeza presente</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Disponibilizar suporte emocional:</b></li> <li>• Analisar com o PCI o desequilíbrio emocional (o que desencadeia as emoções);</li> <li>• Avaliar o grau de tristeza, com recurso a instrumento de medida;</li> <li>• Encorajar e assistir o PCI a reconhecer e expressar os sentimentos;</li> <li>• Encorajar o diálogo ou choro, como forma de reduzir a resposta emocional;</li> <li>• Identificar as consequências de não lidar com os sentimentos (assistir na tomada de decisão);</li> <li>• Oferecer apoio (abraçar ou tocar o PCI e expressar oralmente apoio);</li> <li>• Oferecer apoio durante a fase de negação, raiva, negociação e aceitação (explicando-as ao PCI).</li> </ul>
<p><i>Comunicação comprometida</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Analisar a comunicação:</b></li> <li>• Escutar ativamente;</li> <li>• Facilitar interação com linguagem não-verbal (adequar sensibilidade às emoções);</li> <li>• Atender às palavras evitadas e à mensagem não-verbal;</li> <li>• Demonstrar interesse em escutar mensagens e sentimentos não expressos e ter atenção à postura física;</li> <li>• Determinar o sentido da mensagem recebida (refletir sobre atitudes, experiências passadas e situação atual);</li> <li>• Encorajar expressão de sentimentos e preocupações (aplicar silêncio);</li> <li>• Atender ao tom, tempo, volume e inflexão da voz;</li> <li>• Evitar barreiras na escuta (preconceitos, pressupostos ou preocupações</li> </ul>

(Continuação)

	<p>personais);</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Esclarecer a compreensão da mensagem por meio de perguntas e feedback.</li></ul>
<i>Coping ineficaz</i>	<p>➤ <b>Promover melhoria do coping do PCI:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Apoiar/estimular a identificação de valores de vida (experiência cultural e espiritual) pelo PCI;</li><li>• Assistir o PCI a avaliar o impacto da situação nos papéis e relacionamentos compreendendo a perspectiva do PCI sobre uma situação;</li><li>• Encorajar o PCI a autoavaliar o comportamento e capacidades;</li><li>• Encorajar a ter uma atitude de esperança realista sobre a sua situação;</li><li>• Identificar com o PCI os mecanismos de <i>coping</i> utilizados antes (explicar cada um deles);</li><li>• Otimizar mecanismo de <i>coping</i> do PCI (identificar os mais eficazes).</li></ul>
<i>Desconforto presente</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Preparar ambiente confortável e aquecido sem distrações;</li><li>• Selecionar a área do corpo a ser massajada;</li><li>• Executar massagem simples;</li><li>• Aplicar a massagem sozinha ou em conjunto com outras medidas;</li><li>• Assegurar a ausência de contraindicações de saúde;</li><li>• Determinar o grau de conforto psicológico do PCI com o toque;</li><li>• Encorajar o PCI a concentrar-se nas boas sensações da massagem e relaxar;</li><li>• Evitar conversas longas durante a massagem;</li><li>• Orientar o PCI a descansar após a massagem e depois movimentar-se lentamente.</li></ul>
<i>Tensão muscular atual</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Assistir o PCI a concentrar-se e sentir-se confortável;</li><li>• Relaxamento muscular progressivo;</li><li>• Examinar o grupo muscular específico para garantir que está relaxado;</li><li>• Executar lentamente a conclusão da sessão de relaxamento;</li><li>• Instruir o PCI a contrair cada grupo muscular (8 A 16) maior (5 a 10 segundos);</li><li>• Instruir PCI a não contrair os músculos dos pés mais de 5 segundos (prevenir câibras);</li><li>• Monitorizar movimento, respiração dificultada, conversa e tosse (indicadores de não-relaxamento);</li><li>• Orientar PCI a concentrar-se nas sensações musculares enquanto estiver a contrair e relaxar os músculos;</li><li>• Orientar PCI a respirar profundamente e devagar a libertar a respiração e a tensão;</li><li>• Permitir que o PCI expresse os seus sentimentos sobre a intervenção.</li></ul>

(Continuação)

<p><i>Autocontrolo prejudicado</i></p>	<p>➤ <b>Facilitar processo de meditação:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aconselhar o PCI a sentar-se calmamente em posição confortável e fechar os olhos;</li> <li>• Aconselhar a selecionar um recurso mental para ser repetido na meditação (repetir uma palavra como “um”) de modo a evitar pensamentos dispersos;</li> <li>• Instruir o PCI a manter o exercício respiratório (focalizando o recurso mental escolhido “um”) enquanto necessário ou desejado;</li> <li>• Orientar a relaxar todos os músculos e a permanecer relaxado;</li> <li>• Aconselhar PCI após meditação a sentar-se em silêncio de olhos abertos por alguns minutos;</li> <li>• Aconselhar a não efetuar o procedimento nas 2 horas após as refeições.</li> </ul>
<p><i>Papel do PCI ineficaz</i></p>	<p>➤ <b>Promover melhoria do papel:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Assistir PCI a identificar as mudanças e estratégias necessárias ao papel (a forma como o seu papel pode ser mais eficaz);</li> <li>• Assistir o PCI a identificar o seu papel na família;</li> <li>• Facilitar a discussão de expectativas entre Pessoa dependente/PCI/família em papéis recíprocos;</li> <li>• Facilitar oportunidade do PCI desempenhar novos comportamentos (participar num grupo de apoio, como um modelo).</li> </ul> <p>➤ <b>Negociar contrato com o PCI:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Assistir o PCI a evitar focalizar só o diagnóstico ou o processo de doença do seu familiar dependente);</li> <li>• Encorajar o PCI a identificar os seus pontos fortes e habilidades;</li> <li>• Estabelecer os papéis do PCI e da pessoa dependente;</li> <li>• Facilitar renegociação do contrato (promover discussão dos sentimentos).</li> </ul>
<p><i>Interação social diminuída</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar metas mútuas (sair/estar com uma amiga ou com um familiar por períodos curtos);</li> <li>• Facilitar envolvimento familiar;</li> <li>• Escutar ativamente;</li> <li>• Promover manutenção do processo familiar.</li> </ul>

**Fonte:** Autora do Relatório

Sendo um dos objetivos específicos deste Relatório a identificação de intervenções de cariz terapêutico do EESMP com o cuidador informal/familiar em sobrecarga e com base no que a evidência nos diz sobre a temática é possível colocar em prática um Referencial Teórico, que seja de fácil aplicação no terreno e capaz de mostrar como as intervenções se “executam” procurando através de pesquisa teórica e com base na realidade estudada, formas e técnicas psicoterapêuticas passíveis de serem aplicadas pelos enfermeiros especialistas de forma a responderem às necessidades identificadas e manifestadas pelos cuidadores informais.



Nesta etapa da execução o enfermeiro deve ter em conta que as intervenções só se podem desenhar junto com o CI se o mesmo aceitar os cuidados especializados e juntos enfermeiro-cuidador estabelecerem o tempo e a duração das visitas domiciliárias delineando o início e fim da relação interpessoal. O enfermeiro deve perceber a motivação dos participantes e ser capaz de envolver cada um deles, de forma a promover o seu papel ativo no processo pois a motivação intrínseca surge somente, quando o sujeito se encontra ativo na ação e no meio (Ruivo *et al.*, 2010). Para que esta situação seja assegurada é no momento das entrevistas ao CI que se certifica a sua motivação.

No decurso da implementação das intervenções, o enfermeiro deve ter em conta a individualidade e especificidade de cada pessoa, atender às necessidades identificadas, contexto social e recursos permitindo a partilha de experiências, incentivar o pedido de ajuda, reduzir o isolamento social e otimizar estratégias de *coping*. Os EESMP podem desenvolver intervenções psicoterapêuticas que procuram contribuir para o aumento do sentimento de bem-estar dos CI's mais vulneráveis, capacitá-los para a aquisição de estratégias de *coping eficazes* e capacidade de resiliência, para responderem de forma positiva a um problema que os vulnerabiliza mentalmente.

### **3.5 - Avaliação**

Podem distinguir-se vários momentos na avaliação de um projeto, a avaliação intermédia/depuração e a avaliação final do mesmo, sendo a avaliação do processo o produto do projeto (Ruivo *et al.*, 2010).

A avaliação é um processo dinâmico que implica a comparação entre os objetivos definidos no início e os atingidos no final devendo por isso ser rigorosa (Nogueira, 2005 citado por Ruivo *et al.*, 2010). A implementação do conhecimento na prática dos cuidados e a avaliação do seu impacto deve ser o último passo de um processo cíclico e complexo (Apóstolo, 2017).

Segundo Amaral (2010) “...a avaliação pressupõe um processo contínuo na determinação dos efeitos que as intervenções de enfermagem tiveram no estado de desequilíbrio da pessoa, relativamente aos resultados esperados”.



A avaliação dos resultados de enfermagem segundo a CIPE (2011) versão 2 são a medição ou condição de um diagnóstico de enfermagem a intervalos de tempo após uma intervenção de enfermagem. A escolha de resultados esperados deve estar voltada para a otimização da saúde e não apenas para o alívio dos problemas.

Tendo em conta a questão de investigação – *Quais as intervenções de cariz terapêutico do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica com o cuidador informal em sobrecarga?* Obtivemos de certa forma resposta à nossa pergunta PICO (D), tendo a evidência mostrado que através das necessidades dos cuidadores é que surge uma avaliação diagnóstica por parte do EESMP, para uma proposta complementar ao núcleo de intervenções, que efetivamente se identificaram.

Verificámos que dos oito estudos da nossa Revisão Integrativa a maioria são estudos qualitativos descritivos da problemática dos cuidadores, não tendo sido encontrados estudos experimentais sobre a eficácia das intervenções terapêuticas na promoção da saúde mental do CI revelando os mesmos, um número reduzido da amostragem. Das intervenções terapêuticas aplicadas com o CI sobressaem sessões psicoeducativas em grupo, intervenção individual com aconselhamento psicoterapêutico e programas de suporte ao cuidador informal em sobrecarga.

Neste sentido fomos rever o que a literatura refere sobre intervenções terapêuticas desenhadas com CI em sobrecarga e que o EESMP pode desenvolver com o mesmo visando a promoção da sua saúde mental. Considerámos pertinente incluir segundo a CIPE outras intervenções que o EESMP pode aplicar na sua prática profissional. Desta forma elaborámos um Referencial Teórico que já se se apresentou anteriormente, no quadro nº 4 contemplando os diagnósticos e respetivas intervenções terapêuticas do EESMP que fazem sentido aplicar com o CI.

As intervenções de enfermagem procuram auxiliar a pessoa a maximizar a sua harmonia, os seus potenciais de saúde e estimular a sua participação na promoção, manutenção e restauração da saúde (Amaral, 2010).

Qualquer intervenção terapêutica desenhada com o CI cabe ao enfermeiro considerar a existência de diversos fatores que possam influenciar na escolha de uma intervenção em detrimento de outra. Qualquer que seja a intervenção escolhida deve ser aceite pela pessoa e inserida nas realidades da pessoa e do enfermeiro sendo segura, coerente com outras terapias e escolhida segundo a sua maior probabilidade de sucesso (Amaral, 2010).

Ao enfermeiro compete uma atitude relacional que permite à pessoa sentir, identificar e decidir qual a melhor decisão a tomar. Consiste em ajudar na orientação para a descoberta dos seus próprios recursos, acompanhando a pessoa no caminho para a resolução dos seus problemas (Phaneuf, 2005).

Finalizada esta última etapa da Metodologia de Projeto integrada na Revisão Integrativa considerámos ter atingido os nossos objetivos inicialmente definidos neste processo e obtido o nosso *Outcome* à questão PICO (D). Detetámos porém que existe produção insuficiente em termos da evidência sobre os resultados/benefícios das intervenções terapêuticas dos EESMP na sua prática profissional reveladora da intervenção que apenas os enfermeiros especialistas na área de saúde mental podem oferecer ao cuidador informal na área comunitária

## PARTE II

### 4 - ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

A disciplina de enfermagem como disciplina científica engloba definições e preposições que permitem explicar e correlacionar diferentes variáveis, de forma a lidar com realidades complexas, a sua utilidade inclui a compreensão da relação dos seus componentes intrínsecos com o exterior, sendo uma das principais funções a especificação detalhada dos fenómenos (Fawcett, 2000).

Benner (2001) refere que a perícia e a habilidade desenvolvem-se em situações da prática real, quando se testam e refinam propostas e hipóteses que se fundamentam em princípios cientificamente comprovados. Estas qualidades impossíveis de dissociar da noção de cuidados de enfermagem competentes contribuem para o desenvolvimento de competências do enfermeiro. O enfermeiro tem um poder de transformação, na sua intervenção quotidiana e também na sua intervenção pública. *“...práticas bem relatadas e observações claramente expostas são fundamentais para o desenvolvimento da teoria”* (Benner, 2001 p. 31).

De acordo com Boterf (2003, p.60) *“A competência é uma disposição e não um gesto elementar. Ser competente é saber coordenar e até mesmo saber improvisar coordenações”*

Lopes (2011) associa os cuidados à prática de enfermagem como sendo a sua essência, a definição de “cuidar” enquanto conceito relativamente recente, mas marca atualmente a sua importância no papel do enfermeiro.

Neste capítulo procuramos desenvolver de uma forma reflexiva e pormenorizada a aquisição e desenvolvimento das competências comuns de especialista, competências específicas e de mestre na área da saúde mental e psiquiátrica, quer em contexto académico durante todo o percurso em

que decorreu o curso de especialidade, quer durante o mestrado, assim como em contexto de estágio por todas as experiências vivenciadas promotoras de aquisição de conhecimentos.

A Unidade Curricular Estágio Final permitiu, através da realização de atividades delineadas, prestação direta de cuidados de enfermagem designadamente cuidados de enfermagem de saúde mental e psiquiatria desenvolver habilidades e perícia, mobilizando os conhecimentos da componente teórica do curso aplicando à prática clínica.

#### **4.1 - Competências Comuns do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica**

A habilidade para mobilizar recursos cognitivos adquiridos através de saberes disciplinares desenvolvidos ao longo da vida, de forma a responder às exigências da prática profissional, designa-se por competência (Mestrinho, 2008).

A Ordem dos Enfermeiros conforme o Regulamento Nº 140/2019 de 6 de fevereiro do Diário da República, define Enfermeiro Especialista como:

*“...aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem, e que viu ser -lhe atribuído, nos termos do disposto na alínea i) do n.º 3 do artigo 3.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conjugado com o Regulamento n.º 392/2018, de 28 de junho, que define a Inscrição, Atribuição de Títulos e Emissão de Cédula Profissional, o título de Enfermeiro Especialista numa das especialidades em enfermagem previstas no artigo 40.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros.”*  
(Regulamento Nº 140/2019 do Diário da República)

Os enfermeiros especialistas caracterizam-se e distinguem-se por um conjunto de competências, que se encontra dividido em duas vertentes, as competências comuns e as competências específicas relacionadas com cada área de especialidade. Estão divididas em quatro domínios de competência que traduzem uma esfera de ação composta por um fio de competências com um fio condutor semelhante (Regulamento Nº 140/2019 de 6 de fevereiro, do Diário da República). Iremos descrever e analisar primeiro as competências comuns desenvolvidas ao longo deste processo de aprendizagem, partindo do geral para o particular.



As “competências comuns” são partilhadas por todos os enfermeiros especialistas de acordo com a sua área de especialidade e demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e acessoria (Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro, do Diário da República p. 4765). Fazem parte quatro domínios das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista nomeadamente:

- a) Responsabilidade profissional, ética e legal (**Domínio A**);
- b) Melhoria contínua da qualidade (**Domínio B**);
- c) Gestão dos cuidados (**Domínio C**);
- d) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (**Domínio D**)

Do **Domínio A** – Responsabilidade ética e legal profissional, fazem parte as competências **A1** e **A2**, cada uma delas com os seus descritivos, que passamos a abordar de uma forma interligada:

**A1 - Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional.**

**Descritivo:** O Enfermeiro Especialista demonstra um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. A competência assenta num corpo de conhecimento no domínio ético - deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente.

**A2 - Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.**

**Descritivo:** O Enfermeiro Especialista demonstra uma prática que respeita os direitos humanos, analisa e interpreta as situações específicas de cuidados especializados, gerindo situações potencialmente comprometedoras para os clientes.

No Artigo 78º do Código Deontológico do Enfermeiro (CDE),

*“Enquanto enfermeiros assumimos a missão, isto é, a responsabilidade de agir de determinado modo, (“com a preocupação da defesa, da dignidade e liberdade da pessoa”) e quando respondemos a certas solicitações específicas, assumimos realizar tarefas concretas (como gerir um serviço, organizar jornadas, cuidar de um doente em particular). “ (OE, 2005 p. 68)*

Somos responsáveis também pelo que decidimos não fazer e devemos responder pelos nossos atos, sejam atos, que se reportem a uma ação concreta ou aos que decorrem da decisão de não agir. Ainda segundo o Artigo 78º que representa o “artigo ético” do articulado deontológico, na

perspetiva ética, a relação entre quem cuida e quem é cuidado regula-se por princípios e valores, a dignidade humana é o verdadeiro pilar, do qual decorrem os outros princípios estando presente em todas as decisões e intervenções do enfermeiro.

O exercício profissional dos enfermeiros insere-se num contexto de atuação multiprofissional orientando para um mesmo fim os diferentes caminhos dos diversos profissionais. O enfermeiro como membro da equipa de saúde deve reconhecer os limites do seu papel e da sua competência.

De acordo com o Código Deontológico (Artigo 91º, alínea a), p. 152), *“atuar responsabilmente na sua área de competência e reconhecer a especificidade das outras profissões de saúde, respeitando os limites impostos pela área de competência de cada uma...”*

Neste domínio de competências o enfermeiro especialista procura exercer a profissão de forma segura com um corpo de conhecimento ético-deontológico tendo em conta a avaliação sistemática das melhores práticas e as preferências do cliente (Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro). Segundo os padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde Mental:

*“O enfermeiro especialista em saúde mental (EESM) compreende os processos de sofrimento, alteração e perturbação mental do cliente assim como as implicações para o seu projeto de vida, o potencial de recuperação e a forma como a saúde mental é afetada pelos fatores contextuais.”* (Regulamento nº 356/2015, da Ordem dos Enfermeiros [OE], p. 17034).

Desta forma sendo o enfermeiro responsável para com a comunidade e dando resposta adequada às necessidades em cuidados de enfermagem, assume o dever de conhecer as necessidades da população e da comunidade em que profissionalmente se insere colaborando com outros profissionais em programas que respondam às necessidades da comunidade e estando presente na participação e orientação da comunidade, na procura de soluções para os problemas de saúde detetados (Estatuto da OE e Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem [REPE], 2015). Segundo refere Hesbeen :

*“...a arte de enfermagem se inscreve num projeto de cuidados, projeto significativo tanto para os beneficiários dos cuidados como para os prestadores dos mesmos.”*  
*“...cujas diferentes intervenções não se traduzem a tarefas a executar mas antes a competências particulares face a uma dada pessoa. Este projeto está na base do*

*trabalho em equipa pluridisciplinar em que cada profissional é levado a situar-se.”*  
(2000, p.99).

No artigo 100º do Estatuto da OE e REPE (2015) o enfermeiro assume o dever de cumprir as normas deontológicas e as leis que regem a profissão responsabilizando-se pelas decisões que toma e pelos atos que pratica. Deve proteger e defender a pessoa das práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum e atuar sempre de acordo com a sua área de competência de forma a assegurar a atualização permanente dos seus conhecimentos. Nesta linha de pensamento a United Nations (1948) refere que todo o ser humano tem direito à vida, à liberdade e à segurança e nunca deverá ser submetido a tortura, penas ou tratamentos cruéis, desumanos e degradantes.

Cabe ao enfermeiro especialista de acordo com o Código Deontológico (2005), no (Artigo 84º, alínea b), p. 110) *“respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado”*, salvaguardando o respeito pela autonomia da pessoa e pela autodeterminação e a promoção do seu bem, no exercício da liberdade responsável.”

Reportamo-nos à ética como sendo caracterizada, como aquilo que está nas nossas mãos dependendo da nossa intenção e não precisa de consentimento ou do acordo de outros, nem de circunstâncias especiais. Os padrões éticos profissionais assentam em um conceito moral que é a preocupação com o bem-estar dos outros.

Da prática legal do exercício da profissão de enfermagem, o enfermeiro como prestador de cuidados se não praticar de acordo com a legislação aplicável fica exposto a crimes e a um conjunto de situações de contornos pouco visíveis podendo sofrer sanções disciplinares ou incorrer na prática de crime. No desempenho do seu exercício tem de possuir conhecimentos e exercer de acordo com as leis vigentes na Constituição da República Portuguesa, no Código Civil e no Código Penal, desde que estas não colidam com o Código Deontológico.

Ao desenvolvermos uma prática de cuidados de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica ao cuidador informal/familiar principal mobilizámos na prática clínica um conjunto de saberes e conhecimentos demonstrando níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão.

O enfermeiro especialista em saúde mental procura a satisfação ao mais alto nível da pessoa respeitando-a como um ser único, com vulnerabilidades próprias, crenças, valores e desejos, estabelecendo uma relação de confiança e de parceria no planeamento, implementação e avaliação dos cuidados especializados em saúde mental. A utilização de abordagens construtivas



nas diferenças manifestadas pelas pessoas, a promoção da melhoria das estruturas organizacionais e a avaliação da satisfação das pessoas, relativamente aos cuidados especializados em saúde mental são elementos importantes e reveladores da satisfação das pessoas, em relação aos cuidados especializados na área da saúde mental (Regulamento nº 356/2015, da OE).

A promoção da saúde mental e do bem-estar são o foco do enfermeiro especialista, perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental, no tratamento e reabilitação da pessoa com doença mental (Regulamento nº 356/2015, da OE).

Durante o contexto de estágio final em UCC, tivemos como população alvo o CFP e enquanto enfermeiros especialistas desenvolvemos estratégias de alívio da sobrecarga e sentimentos negativos associados ao cuidar da pessoa dependente, com o CFP. Após diagnóstico da situação individual de cada um dos cuidadores, todos na qualidade de familiares da pessoa dependente foi-lhes explicado que se encontrávamos a realizar um estágio na área da especialidade de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica e que estaríamos disponíveis para implementar a intervenção terapêutica mais adequada, se o cuidador estivesse disponível para receber os nossos cuidados.

Respeitámos e atuámos de acordo com o Código Ético-Deontológico do enfermeiro dando o direito à autonomia e livre escolha da pessoa do CFP, na decisão sobre receber intervenção especializada no seu domicílio, para a promoção da sua saúde mental. Mobilizámos conhecimentos da parte teórica do curso e procurámos na prática clínica adequar estratégias de empoderamento com o cuidador, de forma a permitir à pessoa desenvolver conhecimentos, capacidades e fatores de proteção de forma a eliminar ou reduzir o risco de vir a sofrer de perturbação mental (Artigo 6º do Regulamento nº 515/2018).

Procurámos desenvolver uma prática de cuidados de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica apropriada e com sentido de dever profissional (OE, 2015). A promoção de uma prática de cuidados com respeito pelos direitos humanos e pelas responsabilidades profissionais, desenvolveu-se através da realização de uma prática profissional, tendo em conta a proteção dos direitos humanos e gestão das práticas de cuidados de forma a não comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade da pessoa, mas sim o direito à vida procurando sempre evitar a realização de intervenções cruentas ou fúteis (Regulamento nº 140 /2019 de 6 de fevereiro do Diário da República).



No desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista, salienta-se o desenvolvimento em todos os contatos que se estabeleceram com a pessoa/família ao longo de todo o exercício profissional, assim como o contributo do desenvolvimento das atividades previamente delineadas e apresentadas neste documento (Relatório de Estágio).

No **Domínio B** - Melhoria contínua da qualidade incluem-se as competências **B1, B2 e B3** com os respetivos descritivos:

***B1 - Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.***

**Descritivo:** O Enfermeiro Especialista colabora na conceção e operacionalização de projetos institucionais na área da qualidade e participa na disseminação necessária à sua apropriação, até ao nível operacional.

***B2 - Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.***

**Descritivo:** O Enfermeiro Especialista reconhece que a melhoria da qualidade envolve a avaliação das práticas e, em função dos seus resultados, a eventual revisão das mesmas e a implementação de programas de melhoria contínua.

***B3 - Garante um ambiente terapêutico e seguro.***

**Descritivo:** O Enfermeiro Especialista considera a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, atua proactivamente promovendo a envolvência adequada ao bem-estar e gerindo o risco.

O enfermeiro tem de estar em constante atualização de conhecimentos, através da uma participação ativa em programas de melhoria da qualidade ou em metas para a melhoria dos cuidados a nível organizacional. Cabe ao enfermeiro especialista cumprir as normas, critérios ou indicadores de qualidade, enquanto enunciados genéricos, assim como adaptá-los às “necessidades” concretas de cada pessoa (Artigo 88º, alínea b) do CDE, 2005).

O enfermeiro deve manter-se atualizado sobre programas existentes, quer no seu domicílio profissional, quer a nível nacional contribuindo para a melhoria contínua dos cuidados em saúde. Os enfermeiros, no exercício da sua atividade contribuem na área de gestão, investigação, docência, formação e acessoria, para a melhoria e evolução da sua prestação de cuidados, no que se refere a: organização, coordenação, execução, supervisão e avaliação da formação dos enfermeiros. Sugerem recursos humanos necessários para a prestação de cuidados, estabelecem

normas e protocolos, dão parecer técnico acerca de instalações e equipamentos utilizados na prestação dos cuidados, participam na avaliação das necessidades da população, propõem a política geral, para o exercício da profissão, ensino e formação em enfermagem e promovem e participam nos estudos para a atualização e valorização da profissão (Artigo 9º, ponto 6, alínea b) do REPE e Artigo 76º, ponto 1, alínea a), b) do CDE, 2005).

Nesta linha de pensamento o autor (Hesbeen, 2000) defende que a qualidade dos serviços oferecidos depende do empenho dos profissionais e de um espaço de liberdade, que permita contribuir para um serviço de qualidade através de uma intervenção mais individualizada.

Na UCC onde se desenvolveu este Estágio e de acordo com o enfermeiro supervisor do mesmo e restante equipa da UCC foi detetada a necessidade de intervir a nível da promoção da saúde mental num grupo de CI em contexto domiciliário já previamente identificado como estando em possível sobrecarga. Desta forma procedemos a uma resposta que emergiu na comunidade, num grupo de cuidadores familiares de utentes dependentes inscritos na RNCCI, para os quais ainda não tinham sido desenvolvidas estratégias na área da saúde mental.

Ainda dentro do domínio da melhoria da qualidade tivemos a oportunidade de participar, a convite do enfermeiro supervisor do contexto clínico, de uma reunião numa primeira fase, com um grupo de trabalho do Concelho Local de Ação Social da cidade onde está inserida a UCC a sul do Tejo, onde decorreu o Estágio Final. Neste sentido o grupo de trabalho para a área da Saúde Mental, tem como objetivo a elaboração de um Guia Informativo de Saúde Mental para Profissionais do concelho, sendo uma das áreas estratégicas de intervenção para os parceiros do Concelho Local de Ação Social. O Guia resulta de um trabalho de equipa que envolveu entidades parceiras de diferentes áreas, Saúde, Social e Autarquia.

Esta oportunidade foi bastante enriquecedora, pois permitiu-nos testemunhar com o nosso contributo experiencial se processa no atendimento ao doente mental no Serviço de Urgência do Hospital do Concelho, após já termos tido contato com este processo, durante o período de exercício profissional, que desempenhamos neste serviço. Desta forma foi possível atingir os critérios de avaliação de competências B1.1.1. “Detém conhecimentos avançados sobre as diretivas na área da qualidade e em melhoria contínua” B1.2.3. Promove a incorporação dos conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados; B2.2.4. “Elabora guias orientadores de boa prática; B2.3.2. “Normaliza e atualiza as soluções eficazes e eficientes” (Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro, do Diário da República).

O enfermeiro especialista deve ter permanentemente uma atitude questionadora que o levará à excelência do cuidar, encaminhando-o para uma satisfação pessoal e profissional, motivando-o para o seu contínuo desenvolvimento, tal como refere Bastos quando defende que “...faz-se investigação para melhor compreender a realidade ou para aumentar o conhecimento sobre determinado fenómeno”. (1998, p. 23)

Este domínio de competência está diretamente ligado à qualidade dos cuidados. A qualidade transmite algo de bom e bem feito, o que em termos de cuidados de enfermagem se traduz em bons cuidados de enfermagem. No âmbito dos cuidados de enfermagem a qualidade deve ser sempre relacionada com os aspetos científicos, técnicos e relacionais, uma vez que cuidamos da pessoa nas suas dimensões bio-psico-socio, cultural e espiritual.

A qualidade em saúde é uma tarefa multiprofissional de um determinado contexto e com aplicação local. Daqui se deduz o importante papel dos enfermeiros em Portugal e os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, pelos quais a profissão se rege. A qualidade em saúde depende, para além do exercício profissional de outras profissões da saúde, do exercício profissional dos enfermeiros, para obter qualidade em saúde é importante que o seu papel não seja negligenciado (OE, 2001).

Nesta linha de pensamento segundo a OE nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (2001) compete às Comissões de Especialidade e aos Concelhos Regionais zelar pela observância dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem.

Cada organização de saúde cria/adapta normas que concretizam o que está nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem no sentido de assegurar a supervisão do seu cumprimento e garantir a sua melhoria. As normas de qualidade dos cuidados revelam um conjunto de atributos ou indicadores de uma organização determinando o valor de uma ação. A qualidade orienta-se pela aproximação dos resultados finais aos objetivos definidos (CDE, 2005). A qualidade entende-se como “a excelência ou ainda o que há de melhor. É-lhe dada uma conotação com a perfeição.” (Hesbeen, 2001, p. 45).

O enfermeiro procura, em todo o ato profissional a excelência do exercício assumindo o dever de analisar regularmente o trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas que levem a mudanças de atitude. A mudança de atitude que é identificada pelo próprio, deve ser sustentada pela investigação, no que se refere à atualização dos saberes (CDE, 2005).



A prestação de cuidados de enfermagem de qualidade que levem à excelência do exercício profissional implica que hajam condições de trabalho, que garantam dignidade e autonomia podendo o enfermeiro comunicar, as deficiências que prejudiquem a qualidade dos cuidados às vias competentes alínea d) do Artigo 88º do CDO, 2005) e alínea c), nº 2 do Artigo 75º do Código.

Consideramos ter sido útil a nossa intervenção como enfermeiros especialistas, atuando e melhorando a sintomatologia negativa associada à sobrecarga manifestada pelos cuidadores familiares na UCC, na qual não existem recursos suficientes de enfermagem especializada na área de saúde mental, nem um programa de saúde mental, para poder fazer face à problemática do CFP em sobrecarga. Desta forma desenvolvemos a liderança, concretização e gestão de um possível programa de melhoria contínua, o qual visou essencialmente a melhoria dos cuidados especializados prestados a uma população específica.

Adotámos sempre uma postura de promoção da sensibilidade e respeito pela identidade cultural e espiritual, envolvendo o cuidador familiar no sentido de acolher necessidades/sentimentos, possibilitando um ambiente seguro e terapêutico.

Do **Domínio C** – Gestão de cuidados fazem parte as competências **C1** e **C2**, cada uma delas com os seus descritivos:

***C1 - Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.***

**Descritivo:** O Enfermeiro Especialista realiza a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas.

***C2 - Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.***

**Descritivo:** O Enfermeiro Especialista, na gestão dos cuidados, adequa os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança mais adequado à garantia da qualidade dos cuidados.

Neste domínio estão incluídas as competências de gestão de cuidados, com vista à otimização da resposta da equipa de Enfermagem em articulação com a equipa multiprofissional, na garantia da segurança e qualidade das tarefas delegadas. A adequação dos recursos às necessidades dos cuidados, faz com que o estilo de liderança adotado seja o mais adequado à situação,



promovendo a qualidades dos cuidados (Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro, do Diário da República).

Desenvolvemos um exercício profissional baseado na autonomia, responsabilidade salientando a importância e impacto dos cuidados de enfermagem, quer junto dos enfermeiros, quer junto de outros profissionais e também dos cuidadores informais/familiares com quem intervimos. O enfermeiro especialista inserido em equipa multidisciplinar deve constituir-se um recurso, colaborando nas decisões em equipa disponibilizando assessoria aos enfermeiros da equipa (CDE, Artigo 78º, alíneas a), c); Artigo 80º, alínea c); Artigo 82º, alínea c); Artigo 90º, alínea b); Artigo 91º, alínea b), c); e REPE, Artigo 8º, ponto 3; Artigo 6º e Artigo 9º no ponto 3.

Cabe ao enfermeiro especialista supervisionar e avaliar os cuidados prestados, deve intervir e partilhar com a equipa multidisciplinar as suas observações, constatações e avaliações, para alcançar a excelência dos cuidados prestados. Em matéria de decisões sobre cuidados de saúde, que impliquem vários intervenientes deve o enfermeiro, respeitar sempre os limites impostos pela área de competência de cada um e trabalhar em articulação e complementaridade. Citamos o CDE, Artigo 91º, alínea c) e REPE no Artigo 8º, alínea 1), 3); Artigo 9º, alínea 3) e no CDE no Artigo 91º, alínea b) e c).

Na profissão de enfermagem existem situações de grande complexidade, sendo por vezes necessário a delegação de funções. No exercício profissional os enfermeiros ao delegarem, seja durante as ausências para se alimentarem (delegação nos colegas), seja a tarefa que delegam a outros funcionalmente dependentes deles (delegação no assistente operacional de saúde), não deixam de assumir as responsabilidades decorrentes dessa delegação, continuando a manter a supervisão necessária sobre a tarefa que delegam (CDE no Artigo 79º, alínea b) e Artigo 88º, alínea e)).

Relacionando com o que se disse atrás e em contexto de Estágio Final foi possível desenvolver estratégias promotoras de saúde mental em duas sessões de formação a um grupo de grávidas e outro de puérperas inscritas no Curso de Parentalidade da UCC. Foi possível envolver esta população em dinâmicas de grupo e implementar duas sessões, com recurso à técnica de Fotolinguagem, promovendo a partilha e ventilação de sentimentos e experiências vividas na gravidez e no pós-parto.

Desta forma foi possível aprofundar conhecimentos e desenvolver competências psicoterapêuticas, assim como desenvolver competências na área da gestão, organização e otimização de intervenções especializadas em saúde mental.

O trabalho em equipa enfatiza o desenvolvimento de competências profissionais tendo a capacidade de saber problematizar, refletir e debater em conjunto, pelo que se designa por inteligência coletiva. Salienta-se também que o trabalho no mesmo espaço institucional pode apresentar constrangimentos, mas também abertura para áreas de competência de cada grupo profissional (CDE no Artigo 79º, alínea b); Artigo 80º, alínea c) e Artigo 91º). Segundo o REPE, Artigo 10º:

*“Os enfermeiros só podem delegar tarefas em pessoal deles funcionalmente dependentes quando este tenha a preparação necessária para as executar, conjugando-se sempre a natureza das tarefas com o grau de dependência do utente em cuidados de enfermagem”.*

Foi muito gratificante para nós para além de intervirmos com o CFP em sobrecarga, podermos também intervir num outro grupo alvo em contexto diferente, mas com o mesmo objetivo - o cuidar da pessoa dependente. Conseguimos mobilizar e desenvolver conhecimentos e adaptar na prática intervenções psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais à pessoa ao longo do ciclo de vida, de acordo com o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário de forma a manter, melhorar e recuperar a sua saúde (Regulamento nº 515/2018, de 7 de agosto).

Do **Domínio D** – Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais fazem parte as competências **D1** e **D2**, cada uma delas com os seus descritivos:

***D1 - Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.***

**Descritivo:** O Enfermeiro Especialista demonstra a capacidade de autoconhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Releva a dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional.

***D2 - Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.***

**Descritivo:** O Enfermeiro Especialista alicerça os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo--se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação.

Este domínio inclui o autoconhecimento e assertividade de uma prestação de cuidados especializados, assente em sólidos e válidos padrões de conhecimento (Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro, do Diário da República).

As experiências vivenciadas ao longo do percurso de 25 anos de exercício profissional que antecederam este momento foram determinantes para se aglutinarem a todo o percurso académico e contexto de Estágio Final. Analisámos e refletimos sobre todo o percurso vivenciado, permitindo deter um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e profissional de enfermagem, influenciando os processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional (Regulamento nº 515/2018, de 7 de agosto).

Segundo Carper (1978) o conhecimento pessoal é como o padrão de conhecimento relacionado com o autoconhecimento e a sua atualização constante, essencial na prática da Enfermagem que se desenvolve como um processo interpessoal que engloba interações, relações e transações entre enfermeiro-cliente.

Através da Revisão Integrativa aprofundámos práticas de pesquisa avançada e com base na evidência, permitiram aprofundar conhecimentos atuais e pertinentes. Atuámos também como agentes facilitadores da aprendizagem em contexto de prática clínica, na área da especialidade, através de sessões de relaxamento individual com o cuidador familiar principal no domicílio e duas sessões de grupo, com grávidas e puérperas, através da técnica de Fotolinguagem, onde se possibilita a partilha e ventilação de sentimentos, o que nos possibilitou o cumprimento dos critérios de avaliação desta unidade de competência: “D2.1.1 atua como formador oportuno em contexto de trabalho (...); D2.1.2 diagnostica necessidades formativas; D2.1.3 concebe e gera programas e dispositivos formativos; D2.1.5 avalia o impacto da formação” (Regulamento nº 515/2018, de 7 de agosto).

No decurso do Estágio Final houve sempre a preocupação de participarmos de Congressos e Formações que pudessem de alguma forma enriquecer e contribuir para uma base sólida de conhecimentos no desenvolvimento de uma prática especializada. Neste sentido participámos no “1º Fórum da Saúde Mental 2018 – Lisboa” (Anexo III), estivemos presentes nas 1<sup>as</sup> Jornadas de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar Barreiro/Montijo (CHBM), EPE (Anexo IV) subordinadas ao tema “Os afetos nas suas dimensões” e nas Jornadas de Saúde Mental 2018 (Anexo V).



No 1º Fórum de Saúde Mental foram abordados temas de Saúde Mental e Psiquiatria desde a primeira infância, adolescência até ao idoso; oferta de serviços de psiquiatria na área de Lisboa; *burnout* nas profissões cuidadoras; intervenção de Saúde Mental com pessoas em situação de sem-abrigo; a Saúde Mental nos cuidados de saúde primários; a deficiência e a inclusão profissional das pessoas com experiência de doença mental. Foram temas de grande interesse, onde estiveram oradores com uma vasta experiência na área, o encontro procurou convocar a comunidade para debater e delinear estratégias conjuntas com vários parceiros e contribuir para a implementação do Plano Nacional de Saúde Mental, que poderá ajustar-se a outras regiões do país, que não seja só em Lisboa.

Nas 1ªs Jornadas de Psiquiatria e Saúde Mental do CHBM a grande maioria das comunicações foram na área de enfermagem, o que foi bastante motivador. Discutiram-se temas como: afetos emoções e humor - construções e dimensões, onde um enfermeiro abordou as diferenças entre afetos, emoções e humor através de uma pequena dinâmica de grupo com todos os participantes do auditório; “os afetos na relação terapêutica” e os contributos que se podem retirar e ainda “a experiência de enfermagem” onde um enfermeiro explicou uma das intervenções terapêuticas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica utilizando o “Jogo do Michael” ou “Michael`s “Game” o jogo das hipóteses com o doente esquizofrénico em consulta externa do hospital Júlio de Matos, por último um outro tema “os afetos nos cuidados paliativos”, tema de bastante interesse, devido aos números assustadores de doença oncológica a nível nacional.

As Jornadas de Saúde Mental 2018 realizadas no concelho do Seixal abordaram temas multidisciplinares como: a importância da Saúde Mental na Sociedade: família, trabalho e política; situação da saúde mental em Portugal; breve análise de mercado e a problemática do crescimento no consumo de fármacos no Sistema Nacional de Saúde; o estado da Saúde Mental na Europa; quais os benefícios disponíveis para utentes da Saúde Mental e estatuto do cuidador informal com um workshop, do qual participámos.

Este último tema veio de encontro à nossa problemática estudada e em muitos aspetos enriquecer a importância da escolha do mesmo, por se confirmar ser da atualidade. Em Portugal existe uma lacuna imensa e intransponível, no que se refere à resposta para o cuidado e acompanhamento de pessoas com perturbações temporárias ou permanentes, principalmente quando a situação se agrava na grande maioria quando são idosos com demência. Enquanto cuidadores informais e na falta de resposta social é a família, que assume os cuidados ao que



esperam por apoio financeiro necessário e valorização na sociedade. Nesta linha de pensamento foram deixadas algumas estratégias de forma a mudar esta realidade.

Todos estes momentos foram contributos fulcrais no desenvolvimento de aprendizagens profissionais, importantes para a tomada de decisão em conhecimentos especializados, tendo sido uma mais-valia, para que no futuro possamos prestar cuidados especializados em Saúde Mental e Psiquiatria de excelência, numa sociedade onde mais de um quinto dos portugueses sofre de uma perturbação psiquiátrica (22,9%), sendo Portugal o segundo país com a mais elevada prevalência de doenças psiquiátricas da Europa (Sociedade Portuguesa Psiquiatria Saúde Mental).

Pensamos desta forma ter conseguido incorporar novos conhecimentos no contexto da prestação de cuidados tendo em vista melhorias na qualidade dos mesmos.

## **4.2 - Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica**

A definição das competências do enfermeiro especialista está ligada com os domínios considerados na definição das competências do enfermeiro de Cuidados Gerais, isto é, o conjunto de competências clínicas especializadas, que decorre do aprofundamento dos domínios das competências do enfermeiro de cuidados gerais. De acordo com o (Regulamento nº 515/2018 do Diário da República) enfermeiro especialista é aquele que detém um conhecimento aprofundado em uma área específica de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que mostram níveis elevados de apreciação clínica e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a uma área de intervenção.

Ao EESMP é exigido que consolide essas competências e desenvolva outras como a mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico, desenvolva vivências, conhecimentos e capacidades de âmbito terapêutico que lhe permita mobilizar competências psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais, no processo de cuidar da pessoa, da família, do grupo e da comunidade ao longo do ciclo vital, permitindo desenvolver uma compreensão e

intervenção terapêutica eficaz na promoção e proteção da saúde mental, na prevenção da doença mental, no tratamento e na reabilitação psicossocial (Regulamento nº 515/2018).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros o EESMP, além das competências gerais possui ainda competências específicas de acordo com o Artigo 4º do Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental, que são as seguintes:

- a) Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional;*
- b) Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental;*
- c) Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto;*
- d) Presta cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.*

Todo este período académico contribuiu para o desenvolvimento das quatro competências específicas do EESMP, pelo que passamos analisar cada uma delas:

***a) Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional.***

**Descritivo:** A Capacidade de autoconhecimento e desenvolvimento pessoal, mediante a vivência de técnicas psicoterapêuticas e sócio terapêuticas é central para a prática de enfermagem de saúde mental, visto que ao interferir na capacidade para estabelecer uma relação terapêutica e desenvolver intervenções psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducativas condiciona os resultados esperados”

Ao longo do percurso académico muitas foram as unidades curriculares que contribuíram para o desenvolvimento de competências de forma a nos enriquecer e a servir de suplementos que foram imprescindíveis aquando da nossa prática clínica. Ao debruçar-nos sobre cada uma delas seria demasiado exaustivo, no entanto destacamos aquelas que consideramos que mais contribuíram para o nosso crescimento pessoal e profissional. Destacamos a unidade curricular (UC) de Epistemologia, ética e direito de enfermagem, que objetivou competências no domínio da

responsabilidade profissional, ética e legal e permitiu analisar, debater, refletir e tomar decisões fundamentadas em relação a situações relativas à dimensão ética deontológica e jurídica.

Também a UC Formação e Supervisão em Enfermagem permitiu para além de receber conhecimentos como aporte teórico, diagnosticar necessidades de formação em contexto de trabalho, conceber e gerir programas e dispositivos formativos e atuar como formador oportuno durante o Estágio Final ao nível de sessões psicoterapêuticas com o CFP e duas outras sessões desenvolvidas com dois grupos (grávidas e puérperas) a frequentar o Curso de Parentalidade da UCC, onde decorreu o estágio.

A UC Avaliação Diagnóstica e Intervenção Terapêutica permitiu através da dinâmica das aulas, uma abordagem mais prática e interativa com o grupo de alunos utilizando os mediadores de expressão que foram subsídios teóricos para o EESMP utilizar na sua prática clínica como instrumentos terapêuticos na pessoa a viver processos de sofrimento, alteração ou perturbação mental. Também a UC Desenvolvimento Pessoal em Saúde Mental e realçando que foi uma UC diferente, para além de fornecer os aportes teóricos, permitiu o autoconhecimento e a tomada de consciência de nós próprios, enquanto pessoas e profissionais.

O nosso desenvolvimento pessoal é feito ao longo da nossa experiência pessoal e profissional e por vezes e tantas vezes será necessário parar e pensar que lugar ocupamos nós enquanto pessoa, no grupo familiar, entre amigos e colegas, na instituição e em todo o meio envolvente em que vivemos. Este exercício é essencial para repensarmos os nossos valores, atitudes e comportamentos enquanto pessoas e enquanto profissionais.

Para o autor Chalifour (2009) a pessoa desenvolve-se e interage com o seu ambiente e são estas manifestações que o terapeuta reconhece diretamente ou então através da terapia, que implementa. Assim durante os encontros o terapeuta deve estar atento às manifestações destas características e através dos processos da tomada de consciência de si próprio, ao desenvolvimento e às trocas com o ambiente deve poder utilizá-los com finalidades terapêuticas. A pessoa para se conhecer, desenvolver e atualizar tem de entrar em contato consigo mesma e com os outros, tornando-se vulnerável à doença, quando nega ou percebe dificilmente os componentes destes processos internos.

Para o enfermeiro que trabalha em Saúde Mental o principal utensílio terapêutico é o seu autoconhecimento e a forma como o utiliza num contexto interpessoal. A auto consciencialização

consiste na tomada de consciência dos nossos sentimentos, crenças e valores e poderá ser potenciada levando em consideração os seguintes processos: introspecção, discussão, ampliação da experiência própria e encenação de papéis (Taylor, 1992).

Da entrevista à pessoa é o momento privilegiado da relação interpessoal e o primeiro momento, onde podemos fazer o diagnóstico da situação, perceber se a pessoa cuidador se encontra num processo de sofrimento ou alteração. A entrevista é um encontro formal onde aquele que ajuda e o que é ajudado entram em contato pela primeira vez tendo como objetivo se conhecer, clarificar um pedido de ajuda e determinar que tipo de serviço ou recurso pode ser disponibilizado, permitindo oferecer ajuda ou orientar, de acordo com a situação (Chalifour, 2009).

Na relação terapêutica com o CFP preparámos um ambiente terapêutico livre de interferências e tranquilo, que possibilitasse o estabelecimento da relação interpessoal entre enfermeiro-cuidador. Oferecemos disponibilidade, silêncio, escuta ativa e acolhemos sentimentos e emoções. Valorizamos necessidades/sentimentos e considerámos o cuidador como parceiro nos cuidados. Ao longo das sessões fomos construindo uma relação de confiança e empatia na determinação da melhor intervenção terapêutica, respeitando as suas decisões e tempos que ele próprio foi estabelecendo, permitindo traçar as melhores e mais adequadas intervenções terapêuticas visando a diminuição da sintomatologia associada à sobrecarga e promovendo a sua saúde mental.

De acordo com o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental da Ordem dos Enfermeiros:

*“A especificidade da prática clínica de enfermagem em saúde mental engloba a excelência relacional, a mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico e a mobilização de competência psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais durante o processo de cuidar da pessoa, da família, do grupo e da comunidade (...).” (OE, 2018).*

A reflexão que fizemos sobre nós mesmos e o autoconhecimento durante a frequência deste curso permitiu uma descoberta interior e munuiu-nos de ferramentas essenciais como a entrevista inicial, a comunicação, a relação de ajuda e a relação interpessoal, instrumentos necessários ao estabelecimento de uma relação terapêutica com a pessoa. *“Um prestador de cuidados que não cuide de si, não pode desconstrair-se e oferecer serenidade, calor e compreensão aqueles de quem cuida”* (Hesbeen, 2001, p.71).



***b) Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental.***

**Descritivo:** Recolha de informação necessária e pertinente à compreensão do estado de saúde mental dos clientes, incluindo a promoção da saúde, proteção da saúde e a prevenção da perturbação mental. O processo de avaliação exige a mobilização de aptidões de comunicação, sensibilidade cultural e linguística, técnica de entrevista, de observação do comportamento, de revisão dos registos, avaliação abrangente do cliente e dos sistemas relevantes.

Durante a nossa prática em contexto de estágio final identificámos e verificámos a existência de sobrecarga moderada e intensa nos cuidadores familiares a quem dirigimos cuidados especializados como EESMP e percebemos como esta pode afetar a saúde mental do CFP e a qualidade dos cuidados que presta.

Em todos os contatos com o CFP iniciámos a nossa relação interpessoal através de uma entrevista clínica de forma a identificarmos necessidades e a acolher sentimentos expressos pelo mesmo. Desenvolvemos desde a entrevista inicial um plano terapêutico com o CFP, que fosse de encontro às suas necessidades escolhendo com ele as melhores e mais adequadas intervenções terapêuticas, não só no alívio da sobrecarga, mas também mobilizando capacidades e melhora do *coping* do CFP em situações futuras.

Através de várias sessões de âmbito psicoterapêutico e do estabelecimento de uma relação de ajuda com o cuidador durante as visitas domiciliárias agendadas e analisando as intervenções realizadas, constatámos que os familiares cuidadores mostraram bastante receptividade à nossa abordagem colocando dúvidas e principais preocupações face ao cuidar do seu familiar dependente.

A especificidade da enfermagem em saúde mental e psiquiatria encontra a sua razão de existir na pessoa que cuida, assentando os seus pressupostos na comunicação, no comportamento humano, na relação de ajuda e tendo como objeto de estudo a resposta humana aos problemas de saúde mental e os processos de vida, proporcionando assim uma psicoeducação e adaptação psicossocial ao longo do ciclo vital.

A observação em enfermagem segundo Peplau (1990) é um processo de identificação, clarificação e verificação de impressões, na relação com a pessoa a partir da experiência do enfermeiro. As impressões tornam-se hipóteses a estudar que permitem recolher dados e a

compilação destes dados permite trazer uma componente científica para a investigação e obter respostas de modo a colmatar as necessidades das pessoas adquirindo assim, argumento sobre o qual se desenvolverão futuras formas de atuação.

Ao EESMP cabe possuir competências comunicacionais que lhe permitem consciencializar e envolver as pessoas a adotar estilos de vida saudáveis, aceitar o seu processo de doença, utilizar de forma racional os serviços de saúde, cumprir indicações clínicas e aumentar a sua literacia contribuindo assim para uma melhor saúde para todos (Sequeira, 2016). Associado às competências comunicacionais deve o enfermeiro escutar ativamente, respeitar a individualidade de cada pessoa, ter atitude empática e de aceitação e ser assertivo na relação com o outro, nos diferentes contextos de saúde.

Segundo refere Lazure *“Escutar é um acto exigente que obriga a um empenhamento total por parte do Enfermeiro que quer captar todos os indicadores emitidos pelo cliente, tanto verbal como não verbalmente. A escuta total exige uma vigilância sensorial completa, intelectual e emocional, e é necessário saber que esta vigilância consome muita energia”* (Lazure, 1994, p. 107).

A escuta ativa permitiu-nos identificar a mensagem que o cuidador nos transmitiu permitindo entrar no seu mundo real e experienciar os seus problemas, assim como compreender o significado que as nossas intervenções significaram para o próprio. Promovemos uma verdadeira interação entre ambos resultando em uma relação terapêutica. Nesta relação o enfermeiro deve respeitar-se a si próprio e ao outro tal como afirma Lazure *“respeitar o cliente é aceitar humanamente a sua realidade presente de ser único, é demonstrar-lhe verdadeira consideração por aquilo que ele é, com as suas experiências, os seus sentimentos e o seu potencial”* (1994, p. 51).

Para alguns autores a escuta não corresponde apenas ao ato de ouvir mas também à utilização de vários órgãos dos sentidos, escutar não é o conteúdo expresso em cada mensagem, mas a forma como é comunicado. Através da escuta também se pode demonstrar presença física e humana, compreender o outro e captar a sua mensagem sem manifestar os nossos *sentimentos* *“captar a mensagem comunicada, compreender o seu conteúdo concetual e afetivo e manifestar a sua compreensão ao cliente através do modo de intervir junto dele”* (Chalifour, 2008, p. 150).

Ao escutarmos tantas vezes silenciámos os nossos próprios sentimentos de forma a conferirmos significado ao silêncio naquele momento. *“O silêncio é o apanágio da escuta”*

(Phaneuf, 2005, p. 42). O silêncio funciona como um momento de pausa, reflexão ou de abertura para a expressão de emoções sentidas, quer pelo cuidador, quer pelo enfermeiro. Quando as emoções são negativas o enfermeiro deve aferir com a pessoa as suas causas (Phaneuf, 2005).

É através deste silêncio que o enfermeiro deve basear a sua intervenção favorecendo a reflexão e permitindo que ele cresça ou então interromper, sempre que este constitua uma expressão de mal-estar e bloqueio da comunicação.

Para que tal seja possível deve o enfermeiro integrar na sua formação um conjunto de competências básicas de comunicação verbal e não-verbal, conhecer as regras que norteiam uma entrevista, saber observar uma pessoa, e utilizar o espaço e os contextos de saúde para promover mudanças, saber gerir as emoções de forma adequada na presença de outras pessoas, ajudar os outros a lidar com situações adversas e transmitir um conteúdo informativo (Sequeira, 2016).

A comunicação na relação de ajuda conforme afirma Chalifour “(...) *toma a forma particular de uma relação, a entrevista que resulta desta relação e, as intervenções com carácter psicoterapêutico*” (2002, p. 28).

No processo de cuidados é importante analisar todo o contexto de emissão de cada mensagem, pois além da parte que é dita há também uma parte latente que se refere ao que está implícito no discurso verbal ou não-verbal, “*como seja no domínio verbal, a intensidade da voz, a sonoridade entre outros aspectos e no domínio não-verbal, todas as formas de expressão humana, como posturas corporais, mímicas, olhares, gestualidade, sons vocais, silêncios e ocupação do espaço físico*” (Mendes, 2006, p. 75).

Pela postura de confiança e empatia que revelámos durante todo o processo terapêutico considerámos que as intervenções terapêuticas realizadas se revelaram de extrema importância, promovendo a saúde mental do CFP e empoderando-o para situações geradoras de stress associadas à sobrecarga. Quando questionámos os CFP em relação ao fim da nossa intervenção os mesmos identificaram mudanças de comportamento e atitudes, referiram conseguir conciliar tarefas e reservar um tempo só para si, no sentido de superar as dificuldades associadas ao cuidar e à sobrecarga que sentem ao cuidar do seu familiar dependente.

Contudo o apoio e presença do enfermeiro são essenciais em todo o processo, sendo que em algumas situações foi necessário solicitar apoio da equipa de ECCI para descanso do cuidador



familiar e encaminhamento de alguns cuidadores para o seu médico de família, no sentido de serem observados, pois há algum tempo que não iam ao seu médico.

No entanto é de referir que as intervenções foram efetuadas durante um período de tempo limitado, em contexto de estágio e como não foi efetuado um estudo de campo não são divulgados os resultados da efetividade das nossas intervenções terapêuticas com o grupo de cuidadores informais/familiares. Futuramente através da proposta do Referencial Teórico de Intervenções Terapêuticas do EESMP com o cuidador informal/familiar em sobrecarga, pretendemos que seja possível aos enfermeiros na UCC a sul do Tejo avaliar a efetividade das mesmas e divulgar esses resultados em um trabalho de investigação, contribuindo para a evidência das intervenções terapêuticas do EESMP na área da saúde mental na comunidade.

***c) Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto.***

**Descritivo:** Sistematização, análise dos dados, determinação do diagnóstico de saúde mental, identificação dos resultados esperados, planeamento, desenvolvimento e negociação do plano de cuidados com o cliente e a equipa de saúde. Prescrição dos cuidados a prestar baseadas na evidência, de forma a promover e proteger a saúde mental, prevenir a perturbação mental, minimizar o desenvolvimento de complicações, promover a funcionalidade e a qualidade de vida do indivíduo, tomando em consideração o ciclo vital e centrando a atenção nas respostas do cliente a problemas de saúde, reais ou potenciais. O processo de diagnóstico exige integração e interpretação dos diversos dados, diagnóstico diferencial, bem como pensamento crítico. Utilização da gestão de caso para coordenar cuidados de saúde e para assegurar a continuidade de cuidados, integrando as necessidades dos clientes e equipas, otimizando os resultados existentes. O método de gestão de caso inclui atividades como: organização, avaliação, negociação, coordenação e integração de serviços e benefícios para o cliente.

Segundo Barbosa *et al* (2010) o enfermeiro enquanto pedagogo deve apoiar o CFP para que este aprenda a aprender, compreendendo o que está a acontecer à sua volta, sabendo tomar decisões corretas e principalmente saber conhecer a doença e as modificações na pessoa dependente. Os cuidadores familiares demonstram diversas necessidades, que se reportam ao conhecimento da doença do seu familiar doente/pessoa dependente e evolução da mesma. Quando os cuidadores possuem este tipo de informações têm uma convivência mais facilitada na medida em que poderão preparar-se e reorganizar-se para as mudanças que possam advir desta situação (Freitas *et al.*, 2008).



O CFP e a pessoa dependente estão inseridos numa família e sociedade com os quais interagem constantemente e são influenciados por eles. Torna-se importante conhecer o contexto familiar, social e cultural do CFP, assim como a relação existente entre cuidador e pessoa dependente considerando as influências do ambiente, as condições de vida e hábitos dos mesmos. Através destes dados o EESMP pode delinear e negociar o plano de cuidados com o cuidador e ir ao encontro das suas reais e potenciais necessidades.

No nosso caso através de visitação domiciliária durante a frequência do estágio numa UCC deparámo-nos com cuidadores em sobrecarga, que através da intervenção dirigida às reais necessidades dos mesmos, permitiu-nos adequar estratégias promotoras de saúde mental com o CFP no seu contexto familiar promovendo uma melhor qualidade de vida e uma melhor qualidade de cuidados prestados à pessoa dependente. Desta forma sentimos que ao estarmos a atender às necessidades do CFP estávamos também a melhorar o seu papel no seio familiar.

Os planos de cuidados tornam-se mais ajustados aos recursos da própria família e utente, para além de permitir uma maior facilidade de expressão, por se sentirem ambos mais à vontade no seu próprio ambiente. Neste tipo de intervenção, o enfermeiro assume diferentes papéis, desde o de educador, ao de gestor de caso junto da equipa multidisciplinar (OE, 2012).

Para nós foi importante também conhecer o papel que o CFP ocupa na família para podermos traçar intervenções ajustadas e direcionadas aos problemas físicos, psicológicos, ou emocionais, sociais e financeiros que podem ser vivenciados pelo cuidador em sobrecarga.

Desta forma recorremo-nos dos conhecimentos teóricos já apreendidos sobre avaliação do estado mental e respetivo genograma e ecomapa, para valorizar os contextos sociais e territoriais ocupados pelo cuidador. Após o levantamento das necessidades do CFP aquando da entrevista inicial, foram elaborados os principais diagnósticos de ESMP e delineadas intervenções de enfermagem para dar resposta às necessidades identificadas com a pessoa. Nesta linha de pensamento refere a OE no Regulamento nº 356/2015, que:

*“...o plano de intervenção, é baseado no juízo clínico de enfermagem especializada perante a avaliação dos dados e premissas teóricas, é negociado com o cliente e utiliza os diagnósticos e sistemas de classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE), adotados pelo International Council of Nurses e Ordem dos Enfermeiros.” (Regulamento nº 356/2015, p. 17034)*

Toda a ação do enfermeiro exige o desenvolvimento de competências e é baseada em evidência, que o mesmo terá que adquirir para desenvolver intervenções e tomadas de decisão que sejam reveladoras de conhecimentos e habilidades especializadas.

Durante a nossa prestação de cuidados especializados na área de saúde mental com o CFP percebemos o quanto as suas necessidades são muito mais profundas que aquilo que ele demonstra e como ele próprio as desvaloriza, sempre em prol dos cuidados diários à pessoa dependente. Muitos dos sintomas físicos tem como causa sofrimento emocional sendo facilmente identificados pelos enfermeiros da UCC, que prestam os cuidados continuados ao seu familiar dependente. No entanto só através de uma intervenção especializada do EESMP é possível perceber que muitos destes sintomas são consequências do arrastar de situações emocionais, que levam à sobrecarga que o próprio enfrenta, sem qualquer pedido de ajuda pelo próprio. Segundo o autor Pereira:

*“Assumir a responsabilidade pelo cuidar de alguém traduz-se num evento significativo e com múltiplas repercussões, pela dimensão física que implica; pela duração prolongada no tempo em que habitualmente decorre; pela possibilidade de diminuição dos contactos sociais; pela alteração dos relacionamentos ou pela necessidade de reorganização da vida pessoal.” (Pereira, 2011, p.20).*

Quando a relação terapêutica com o cuidador é estabelecida é possível ao cuidador tomar consciência e compreender que faz parte da equipa de cuidados à pessoa conjuntamente com o enfermeiro. Todo o trabalho junto com o cuidador foi partilhado com a restante equipa multidisciplinar no sentido de alertar os restantes elementos da mesma para a deteção de possíveis alterações da saúde mental do cuidador.

A sobrecarga inerente ao cuidar é correlacionada positivamente com a depressão, registando-se quase metade dos cuidadores com risco potencial para o desenvolvimento de depressão (Zarit, 1997, citado por Cerqueira e Oliveira, 2002; Papastavrou *et al.*, 2007). Assemelhando-se a outros estudos essa percentagem é explicada pela longa duração do cuidar que vai de 1 a 13 anos e pelas tensões que este papel envolve. Aos cuidadores que proporcionámos intervenções terapêuticas todos tinham uma duração do cuidar superior a 1 ano.

Na presença de outro tipo de sintomatologia como: anedonia, isolamento marcado, tristeza prolongada ou apatia, ansiedade constante, medos, anorexia, insónias constantes, dificuldades de concentração, ideação suicida, auto ou hétero-agressividade, perda de autoestima, fadiga e

cansaço fácil pode ser necessário um encaminhamento para o médico de família, o qual poderá considerar encaminhar para consulta de psiquiatria do hospital de residência.

No nosso caso tivemos uma cuidadora que foi necessário elaborar carta de enfermagem para o seu médico de família com o respetivo diagnóstico de enfermagem e as intervenções efetuadas com a mesma. Apesar de se verificar melhoria da ansiedade e cansaço fácil, a mesma mantinha outra sintomatologia que necessitava de uma intervenção terapêutica e reavaliação da sua condição psiquiátrica, sendo já uma doente seguida na psiquiatria, com abandono das consultas de rotina.

Segundo o artigo 83º, alínea b) do Código Deontológico do Enfermeiro da Ordem dos Enfermeiros *“O enfermeiro, no respeito do direito ao cuidado na saúde ou doença, assume o dever de orientar o individuo para outro profissional de saúde mais bem colocado para responder ao problema, quando o pedido ultrapasse a sua competência.”* (Germano et al., 2003, p.65).

Tal como já mencionámos o EESMP visa a reabilitação psicossocial e a psicoeducacional com o intuito de alcançar a melhoria do funcionamento pessoal, familiar e social da pessoa. As intervenções terapêuticas objetivam reduzir os efeitos da doença, promover a aprendizagem recuperando as competências funcionais e relacionais da pessoa. É necessário envolver o cuidador nos cuidados permitindo-lhe tomar decisões e participar ativamente demonstrando que o seu papel não é em vão e que só com a sua participação é possível garantir a continuidade de cuidados, na ausência do enfermeiro.

Alguns dos estudos que pesquisamos para a nossa Revisão Integrativa revelaram que a psicoeducação individual e as sessões psicoeducativas em grupo, assim como a intervenção psicoterapêutica individual mostraram ser um importante suporte para o cuidador informal em sobrecarga.

Deste modo, face às necessidades identificadas no cuidador, foram realizadas várias sessões de relaxamento progressivo de Jacobson que visaram diminuir a ansiedade acumulada no CFP pela experiência de ser cuidador. A atividade desenvolvida vai de encontro com a quarta competência:



**d) Presta cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.**

**Descritivo:** A implementação das intervenções identificadas no plano de cuidados de modo a ajudar o cliente a alcançar um estado de saúde mental próximo do que deseja e/ ou a adaptar e a integrar em si mesmo a situação de saúde/doença vivida mobiliza cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêutico, psicossociais e psicoeducacionais. O tratamento para recuperar a saúde mental, a reabilitação psicossocial, a educação e o treino em saúde mental tem como finalidade ajudar a pessoa a realizar as suas capacidades, atingir um padrão de funcionamento saudável e satisfatório e contribuir para a sociedade em que se insere. Envolve as capacidades do enfermeiro para interpretar e individualizar estratégias através de atividades tais como ensinar, orientar, descrever, instruir, treinar, assistir, apoiar, advogar, modelar, capacitar, supervisionar.

O cuidado de enfermagem na manutenção da saúde mental do cuidador familiar principal estabelece no processo de cuidados uma relação com transações constantes entre enfermeiro e cuidador. O objetivo da Enfermagem é acompanhar o cuidador familiar principal nas suas experiências de saúde e ajudar na construção da linguagem e no sentido de cuidar da pessoa dependente em ambiente domiciliário. Num ambiente retratado de interações humanas, cuidar do CFP é ser-com-o-outro, é estar no encontro de cuidados com o cuidador no seu tempo e espaço vividos (Paterson & Zderad, 2008).

O enfermeiro centrado nas experiências e vivências que retratam a identidade do cuidador, conhece o horizonte aberto das limitações e potencialidades do CFP, ajuíza clinicamente, revelando nos diagnósticos o perfil humano daquele que será alvo dos seus cuidados. Sem impor e sem decidir o enfermeiro promove a saúde do CFP ajudando-o a criar uma consciência crítica e possibilitar-lhe escolhas voluntárias e capacitadas de controlo sobre o determinante de saúde, que está na causa do seu sofrimento ou alteração da sua saúde mental.

Uma das nossas intervenções em estágio com os CFP reportou-se à psicoterapia individual, pois a sua condição de cuidadores principais não permitiu sessões em grupo, por não ser possível deixar o seu familiar dependente ao cuidado de um amigo ou familiar, que tivesse disponibilidade ou oferecesse confiança. No entanto ao considerarmos a situação particular de cada cuidador realizámos conforme a sua vontade e disponibilidade uma ou duas sessões semanais, através de visita domiciliária programada, tendo o cuidado de deixar o nosso contato telefónico na eventualidade de haver algum pedido de alteração pelo cuidador.



A psicoterapia tem por base o relacionamento interpessoal intencional e pretende ajudar a pessoa a conviver de forma saudável com os seus problemas de vida. É baseada numa variedade de técnicas que assentam na construção de relacionamento experiencial, diálogo, comunicação e mudança de comportamento que bem organizados melhoram a saúde mental da pessoa ou as relações de grupo (a família, por exemplo).

Segundo o (Regulamento nº 356/2015) da OE qualquer técnica de psicoterapia pode ser efetuada por profissionais com qualificações diferentes como sejam (psiquiatria, psicologia clínica, terapia familiar, enfermagem de saúde mental, psicanálise e outras psicoterapias).

O mesmo Regulamento refere que a psicoterapia “... é um processo que se baseia na relação interpessoal desenvolvida por profissionais com competências reconhecidas e o cliente. (...) A melhor compreensão dos problemas, mediante a vivência de diferentes técnicas e modelos psicoterapêuticos, possibilita que o cliente desenvolva novas respostas humanas para problemas de vida identificados ou para novos problemas que emergem ao longo do ciclo de vida, aumentando o sentimento de bem-estar” (Diário da República, 2015, p. 17039).

Tendo em conta a psicoeducação refere o Regulamento nº 356/2015 dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental que “A psicoeducação (...) é destinada a ajudar pessoas com doença mental, ou qualquer pessoa com interesse na doença mental, possibilitando a compreensão dos factos sobre uma ampla gama de doenças mentais, de forma clara e concisa. É também uma maneira de desenvolver compreensão e aprender estratégias para lidar com a doença mental e os seus efeitos.” (Diário da República, 2015, p. 17039).

Nas nossas intervenções de âmbito psicoterapêutico com o cuidador estabelecemos uma relação terapêutica baseada na confiança mútua, no uso de escuta ativa, na empatia permitindo na pessoa novas descobertas e formas de experienciar as suas vivências. Na escuta ativa demonstrámos presença e muito mais do que o que a pessoa nos disse, também os olhos e o corpo nos transmitiram mensagens, para as quais estivemos sempre atentos. Muitos foram os momentos durante as visitas domiciliárias em que observámos contradição entre a comunicação verbal e não-verbal do cuidador.

De acordo com Peplau (1992) o desenvolvimento da relação enfermeiro-utente é constituída por quatro fases como já dissemos mais atrás, assumindo o enfermeiro diferentes papéis.

Tivemos a oportunidade de vivenciar todos esses papéis atribuídos e nunca esquecemos que o nosso papel enquanto enfermeiros especialistas era desenvolver esforços para auxiliar a pessoa a descobrir os seus objetivos e ajudá-la a voltar a assumir a sua vida adaptando-se no seu novo papel, o de cuidador.

As intervenções de âmbito psicoterapêutico foram direcionadas para o alívio da sobrecarga, stress e ansiedade que avaliámos no cuidador, mas também para a adesão a estilos de vida saudáveis, a importância de olhar para si mesmo e reconhecer que também ele necessita de cuidados de saúde, ter atividades de lazer, tempo para si e ajudar a reconhecer diferentes aspetos relacionados com a saúde mental, com adequada procura de ajuda. Demonstrámos ao CFP que o fato de ter sido ou não uma opção de se ter tornado cuidador pode também ter sido igualmente uma experiência enriquecedora e positiva, para valorizar o seu papel junto de quem cuida e no seio familiar.

Ao EESMP cabe reconhecer com a pessoa o que o stressa e evitar o aumento da dimensão stressante percebida pela pessoa. Ao identificarmos as estratégias de *coping* com o cuidador permitiu desenvolvermos intervenções terapêuticas com o objetivo de diminuir a ansiedade e o stress manifestados pelo mesmo.

Segundo Carl Rogers (1985) o ser humano é dotado de liberdade e de poder de escolha, mesmo nas condições mais adversas, mesmo sob as condicionantes mais severas, o Homem pode preservar e desenvolver alguma capacidade de autonomia e autodeterminação. O ser humano tem a capacidade de não se limitar apenas a reagir aos acontecimentos, mas a ser por eles conduzido podendo desta forma ser um agente criativo na realidade que o rodeia.

A terapia centrada na pessoa defendida por Carl Rogers cria as condições interpessoais favoráveis à dissolução dos obstáculos, que impedem a pessoa de crescer livre e de forma construtiva e que poderiam conduzir ao desequilíbrio psicológico e ao desajustamento social da mesma (Santos, 2004). Mais do que as técnicas ou instrumentos terapêuticos utilizados com o CFP o nosso papel definiu-se pelas atitudes que transportávamos para a relação e que foram o fator impulsionador da mudança.

Todas as nossas abordagens foram centradas na pessoa “cuidador” com o objetivo da relação terapêutica que consistiu na experiência total da pessoa e a experiência consciente do self, libertando a pessoa para um amadurecimento e desenvolvimento normais. Para tal é

imprescindível que o enfermeiro tenha em consideração três atitudes que constituem as condições necessárias para criar uma relação terapêutica potenciadora de mudança no outro, a compreensão empática, o olhar positivo incondicional e a congruência (Santos, 2004).

Desde o início que preparámos o cuidador para o fim da nossa relação terapêutica referindo a data provável da última visita domiciliária e ajudando o CFP a arranjar estratégias promotoras da sua saúde mental, na nossa ausência.

Nas várias sessões de relaxamento progressivo de Jacobson ensinámos a forma como o mesmo poderia fazer facultando-lhe uma folha com as indicações necessárias e os passos para fazer o relaxamento sozinho escolhendo ele próprio o melhor momento do dia para o fazer. Nos cuidadores que referiram insónias foi-lhe sugerido que o fizessem imediatamente antes de adormecer.

As técnicas de relaxamento apresentam-se como um conjunto de procedimentos de intervenção muito utilizados em saúde mental. Pode ser utilizada como terapia principal ou como terapia adjuvante em diferentes situações clínicas. Esta técnica procura que uma pessoa atinja um estado de calma satisfatório, reduz os níveis de stress, ansiedade ou raiva.

O relaxamento pode ser usado como adjuvante da gestão de stress, diminuição da tensão muscular, da pressão arterial, da frequência cardíaca e/ou da frequência respiratória, garantindo assim outros ganhos em saúde que não uma simples redução dos níveis de stress (Filho, 2009; Regulamento nº 356/2015 da OE). O momento de relaxamento deve ser respeitado e em muitas situações está indicado como indutor do sono pelo que deve ser utilizado antes de ir dormir (Junqueira, 2006).

O relaxamento progressivo de Jacobson foi a técnica que utilizámos com a nossa população-alvo. Esta técnica foi criada pelo Dr. Edmundo Jacobson e centra-se na contração e na distensão muscular do qual resulta um profundo relaxamento. Induz a uma orientação mais fisiológica que psicológica, onde cada um aprende a avaliar e realizar as suas tensões nos diversos grupos musculares, para depois relaxá-los (Filho, 2009). Todos os cuidadores realizaram e aderiram com bastante receptividade a esta técnica terapêutica referindo no final do estágio estarem a conseguir um tempo para si, através da realização da técnica de relaxamento, manifestaram também melhoria quanto às insónias e diminuição das cefaleias e ansiedade, que todos manifestavam em vários momentos do dia decorrente das tarefas associadas ao cuidar.

Na primeira e última visita domiciliar ao CFP avaliámos a sobrecarga e a ansiedade do cuidador, através de instrumento próprio de medida, respetivamente escala de (Zarit) e escala (Hamilton). Constatámos que em termos da ansiedade detetada no início com a aplicação da escala quase todos apresentavam scores indicativos de ansiedade moderada e uma cuidadora ansiedade patológica a qual já anteriormente seguida em consulta de Psiquiatria, mas sem acompanhamento há mais de dois anos. Procedemos sempre aos registos de todos os dados no processo da mesma em SClínico e preenchimento da escala de sobrecarga e ansiedade, tendo sido elaborada uma carta para o seu médico de família, para eventual encaminhamento para consulta da especialidade de Psiquiatria.

Para todos os cuidadores procedemos ao registo na plataforma de registos de saúde SClínico, para que constasse a intervenção do EESMP em contexto comunitário. Pela carência de cuidados especializados na área de saúde mental ficou visível para a equipa da UCC a necessidade de cuidados nesta área ao cuidador informal/familiar.

Pretendemos deixar o nosso contributo para que futuros colegas desenvolvam um trabalho de campo na área de investigação e possam tornar públicos os resultados obtidos com os benefícios das intervenções terapêuticas que os EESMP podem desenvolver em contexto domiciliário.

Elaborámos um folheto para o CFP que entregámos na última visita domiciliária, com o propósito de deixar sugestões de ajuda e estratégias promotoras de saúde mental ao próprio na tentativa de o lembrar que também ele faz parte dos cuidados continuados podendo receber apoio formal por parte dos serviços e dos profissionais que o integram.

Tendo em conta todas as intervenções desenvolvidas com o cuidador familiar principal em contexto domiciliário e pela experiência enriquecedora que nos proporcionou enquanto enfermeiros especialistas na área de saúde mental surgiu também uma outra oportunidade em contexto de Estágio Final. Fomos convidados pelas enfermeiras da UCC na área da especialidade da Saúde Materna para participar em duas sessões de formação com um grupo de grávidas e puérperas e respetivos companheiros frequentadores do Curso de Parentalidade, para apresentarmos um tema à nossa escolha na área da saúde mental.

Considerando o tema do nosso Relatório mantivemos igualmente um grupo de cuidadores, na área da Saúde Materna (grávidas e puérperas), numa vertente diferente o cuidar de alguém dependente no início da vida. Desta forma implementámos intervenções terapêuticas com o CFP,



numa vertente de psicoterapia em grupo desenvolvendo e incorporando uma dinâmica de grupo, o que nos trouxe experiência e enriquecimento pessoal e profissional com esta técnica psicoterapêutica.

A gravidez é uma experiência de mudança, na vida de um casal, em que a partilha, segurança, compreensão são fatores determinantes no fortalecimento de laços emocionais. Abrandar e apreciar os melhores momentos que a vida nos proporciona faz-nos encontrar o ponto de equilíbrio entre o trabalho e a família e isso faz de nós “pais sem pressa”! As famílias e os pais devem rever as suas prioridades, para que possam viver a parentalidade com mais consciência e diversão.

Trabalhámos através da técnica da Fotolingagem ou Fotodrama a expressão e ventilação de sentimentos em grupo, promovendo assim a partilha de experiências, receios, medos, sentimentos negativos e positivos sobre a parentalidade.

A Fotolingagem consiste em um método de trabalho de grupo desenvolvido sobre bases empíricas. Cada sessão começa com uma questão cuidadosamente preparada pelo moderador e que se apresenta ao grupo influenciando/provocando a escolha das fotos ou imagens. De seguida o moderador dispõe com cuidado os recortes de jornais ou revistas numa mesa ao centro e o grupo é distribuído em círculo, em que cada elemento percorre a mesa e escolhe as imagens sem ordem estabelecida, a olhar livremente as fotos ou imagens. A escolha deve ser feita em silêncio com o objetivo de respeitar reflexão e a escolha dos outros. O participante não deve trocar de foto, mesmo que outra pessoa tenha escolhido a mesma imagem. O moderador comunica ao grupo que também ele vai participar escolhendo uma foto e partilhando com o grupo (Vacheret, 2008).

A Fotolingagem como método de grupo permitiu que todos os elementos do grupo sendo que alguns não se conheciam partilhassem e experienciassem emoções e sentimentos sobre o cuidar e sobre os receios e medos vividos nesta transição de papéis ao passar do papel de filha(o) para o papel de mãe/pai com uma série de questões acerca da parentalidade. Quisemos trazer para estas duas sessões o seguinte mote para trabalhar com o grupo: O que sinto? O que sentes? O que sentimos?

Foi uma experiência enriquecedora tanto para o grupo como para nós que vivenciámos no papel de moderador e enfermeiros especialistas em saúde mental uma dinâmica de grupo que

teve um resultado muito produtivo, pois o objetivo da sessão foi cumprido. Houve ventilação de vários sentimentos e partilha de experiências mais e menos positivas dentro do grupo. No final de cada uma das duas sessões que apresentámos entregámos um panfleto elaborado por nós, sobre algumas estratégias promotoras da saúde mental na gravidez e parentalidade, com contributos a reter neste estágio de transição de vida o ser (mãe e pai).

### **4.3 - Competências de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica**

No âmbito da componente teórica do curso e do Estágio Final com todas as atividades desenvolvidas e empreendidas, o desenvolvimento das competências de especialista e a conceção do presente Relatório, um dos principais objetivos para a aquisição do grau de Mestre prende-se com a aquisição das competências de mestre. Pretende-se assim analisar a aquisição destas competências, com base em todo o trabalho desenvolvido em enfermagem especializada em saúde mental e psiquiátrica, nomeadamente na área do cuidado ao cuidador informal, da pessoa dependente. Segundo o (DL nº 65/2018, Artigo 15º do Diário da República), o grau de Mestre é conferido a quem demonstre:

- a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que:
  - I. Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1º ciclo, os desenvolva e aprofunde;
  - II. Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;
- b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;
- c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- d) Ser capaz de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;
- e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.

O atual curso de Mestrado em Enfermagem de acordo com o Regulamento de funcionamento do Mestrado de Enfermagem em Associação a com as cinco Escolas Superiores de Enfermagem e Saúde prevê a aquisição das seguintes competências de Mestre:

- 1. Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada;*
- 2. Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência;*
- 3. Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais;*
- 4. Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida;*
- 5. Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais;*
- 6. Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular;*
- 7. Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.*

Passamos a descrever cada uma das competências de mestre bem como as atividades desenvolvidas ao longo do curso de mestrado com o intuito da aquisição das mesmas.

A competência profissional é desenvolvida ao longo da carreira enquanto enfermeiros durante a prática clínica devendo associar os conhecimentos teóricos e os conhecimentos adquiridos na prática. A interligação e reflexão destas duas dimensões permitem o desenvolvimento da primeira competência de Mestre: ***Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada.***

Le Boterf (2005) considera que a competência é uma construção que se desenvolve em contexto organizacional e pode ser considerada como um processo ou como um resultado não sendo apenas um estado ou uma propensão para agir.

O enfermeiro na sua prática profissional utiliza o pensamento crítico assumindo uma importância fundamental para facilitar a compreensão e aplicação do processo de enfermagem. A ação dos enfermeiros é complexa e exige o desenvolvimento de competências expressas pelos conhecimentos e habilidades reveladoras de atitudes de níveis superiores e especializados.

Com o mestrado adquirimos bases teóricas que suportaram a prática a nível do Estágio Final numa UCC a sul do Tejo desenvolvido no âmbito da comunidade em CSP. Assumimos a responsabilidade na gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem ao nível da promoção da saúde mental do CFP em sobrecarga e das intervenções terapêuticas com o mesmo.

Alarcão & Tavares (2003) referem que a supervisão se reporta a um processo em que o supervisor, pessoa experiente e bem informada, com competências para integrar interações políticas, administrativas, curriculares e pedagógicas direciona o supervisionado para o desenvolvimento humano, educacional e profissional adotando atitude de monitorização sistémica, com recurso a procedimentos de reflexão e experimentação.

Tendo em conta que as UCC (s) são consideradas uma das equipas que melhor contata com a comunidade e com todas as alterações na saúde do CI procurámos no ceio da equipa de enfermagem desenvolver o papel do EESMP junto destes utentes considerados como grupo vulnerável. Neves (2012) refere que o papel profissional do enfermeiro na área preventiva e nos cuidados no contexto domiciliário pode contribuir significativamente para a reorientação e desenvolvimento de abordagens interdisciplinares nos CSP.

Realizámos uma constante e exaustiva análise das necessidades/sentimentos que levam o CFP a manifestar sintomatologia de sobrecarga e stress associada ao cuidar do seu familiar dependente e através da interação com os cuidadores durante as várias visitas domiciliárias foi possível avaliar e interpretar as diferentes situações, o ambiente, a pessoa dependente e a diversidade de contextos subjacentes a cada pessoa cuidador atendendo sempre à dimensão ética e deontológica inerente a qualquer tipo de intervenção especializada.

De acordo com a autora Benner uma enfermeira torna-se perita quando *“...tem uma enorme experiencia compreende agora de maneira intuitiva cada situação e apreende diretamente o problema sem se perder num largo leque de soluções”* (2001, p. 58).

Todas as aprendizagens formais e informais conjuntas com outros profissionais, aliando a investigação e a prática baseada na evidência são requisitos para a contribuição dos enfermeiros nas equipas de saúde tornando o seu papel mais interventivo na inovação e liderança nos cuidados de saúde.



Na abordagem com o CFP foram importantes ferramentas o treino do uso da entrevista e a relação de ajuda para favorecer e fortalecer a relação interpessoal entre enfermeiro-cuidador, que ao longo do processo terapêutico vai crescendo. Através do conhecimento e compreensão do outro é possível a constituição de parcerias terapêuticas e a eficácia da implementação das intervenções traçadas com o cuidador tendo como objetivo alcançar resultados que visem a obtenção de ganhos em saúde, como a promoção da saúde mental do cuidador e a manutenção da qualidade dos cuidados prestados à pessoa dependente.

Conforme referem os autores Smyth e Craig *“A prática baseada na evidência tem sido descrita como “fazer bem as coisas certas” (...), não só fazer as coisas de uma forma mais eficaz e com os mais elevados padrões possíveis, mas também assegurar que o que é feito, é feito “bem” – para que se obtenham mais resultados benéficos do que nocivos.”* (2004, p.4).

Na prática clínica do EESMP é importante a incorporação das novas descobertas na área de investigação desenvolvendo uma prática baseada na evidência e traduzindo-se num aumento de conhecimento e na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. Foi-nos proposto a elaboração de um Artigo Científico, que constituiu mais um instrumento de avaliação em simultâneo com o estágio e que através da evidência percebemos as necessidades/sentimentos do CI em sobrecarga e algumas intervenções terapêuticas do EESMP com o CI, apresentamos em (Apêndice II) o Resumo/Abstrat do nosso Artigo Científico. Fomos desta forma ao encontro da segunda competência de Mestre: ***Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência.*** A prática baseada na evidência consiste num *“método de resolução de problemas (...) que incorpora uma pesquisa da melhor e mais recente evidencia, experiencia e avaliação clinica, (...) no contexto do cuidar”* (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2012, p. 10).

No decurso deste Estágio Final muitos foram os momentos em que as dúvidas e inquietações permitiram que tivéssemos de nos munir da informação científica mais recente que respondesse às necessidades dos CI e intervenções adequadas perante a problemática da sobrecarga. A pesquisa foi essencial e uma constante em todo o processo de crescimento pessoal e profissional como enfermeiro especialista e mestre. Tendo em conta o limite temporal do estágio sensivelmente quatro meses foi possível estabelecer uma relação terapêutica com o CFP e perceber como foi importante este grupo de pessoas receberem cuidados promotores da sua saúde mental. Mesmo com a limitação temporal coseguimos avaliar o impacto que as nossas

intervenções terapêuticas produziram na melhoria do *coping* e empoderamento do CFP, no seu papel de prestador de cuidados.

Alguns dos CFP conseguiram tempo para si realizando a suas sessões de relaxamento progressivo, nos momentos mais oportunos e outros voltaram a manter alguns dos contatos perdidos com familiares e amigos através de curtas saídas para um café ou lanche, assim como um simples telefonema para reforçar relações familiares ou de amizade.

Através da frequência no Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e com a realização deste Relatório de Mestrado, tendo por base uma Revisão Integrativa da Literatura integrada na Metodologia de Projeto, mobilizámos os conhecimentos na prática e desta forma atingimos a sexta competência de Mestre, que requer que o enfermeiro: ***Realize análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular.*** Consideramos ter alcançado ganhos ao longo deste momento de aprendizagem e de acordo com o citado por Phaneuf o *Mosaïque des compétences cliniques de l'infirmière*, descreve competência como a “...referência aos conhecimentos, às habilidades, às atitudes e aos julgamentos necessários à enfermeira para exercer a sua profissão, assim como à capacidade de as aplicar numa dada situação clínica” (2005, p. 7).

Analisando a terceira competência de Mestre o enfermeiro no contexto da sua prática clínica: ***Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais.*** O processo da tomada de decisão do enfermeiro na sua área de atuação está ligada a uma dimensão ética, tendo em conta a sua formação, a responsabilidade e os conhecimentos sólidos, que detém.

Nesta linha de pensamento o autor Mendes (2009) menciona que “*Assegurando, na sua prática, a especificidade da natureza dos cuidados de enfermagem adequados às necessidades reais e potenciais da pessoa ou grupo, suportadas na evidência científica, na ética e deontologia profissional pode garantir-se cuidados de qualidade.*” (2009, p.169).

A área da saúde mental assume características muito particulares, tendo como referencial orientador o Regulamento das Competências Específicas do ESSMP definido pela OE (2018), onde as competências de âmbito psicoterapêutico possibilitam ao enfermeiro a realização de um juízo

singular, diferenciando-a de outras áreas de especialidade trazendo ganhos em saúde, por parte das pessoas que beneficiam de cuidados nessa área. Neste sentido a enfermagem de saúde mental aborda a pessoa de uma forma holística com suporte à relação de ajuda tendo em conta as necessidades e as capacidades dos indivíduos, famílias e comunidades (Regulamento nº 515/2018, OE).

Ainda no âmbito do cuidar em enfermagem o enfermeiro atua de forma autónoma de acordo com o REPE onde intervenções autónomas são as ações realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respetivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem, o enfermeiro é detentor de capacidade de pensar complexo, sendo responsável por esta intervenção, desde a prescrição até à sua avaliação (Nunes, 2007).

No decurso do nosso Estágio Final ocorreu um envolvimento e colaboração de toda a equipa multidisciplinar da UCC tendo em conta a resolução de problemas potenciais e reais que identificámos no CFP e pessoa dependente. Foi necessário neste processo a mobilização de outros profissionais da ECCI na resolução de problemas sociais, tais como identificação do CFP em sobrecarga e critérios de referenciação do seu familiar dependente para Cuidados Continuados Integrados, concretamente com indicação para uma Unidade de Longa Duração e Manutenção cujo objetivo do internamento visa o “Descanso do Cuidador” permitindo minimizar e aliviar a sobrecarga do CFP e proporcionar alguns momentos de vida social com a restante família e amigos.

Tanto o CFP como a pessoa que dele depende necessitam de cuidados ativos e totais, não sendo só cuidados de enfermagem, como também dos restantes elementos da equipa multidisciplinar de saúde tornando-se fundamental o enfermeiro **Participar de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais** integrando assim a quinta competência de Mestre. De acordo com Neves “*O trabalho multiprofissional em saúde coloca em análise os conceitos centrais de equipa, de multidisciplinaridade e de papel profissional*” (2012, p. 126).

Ao ingressarmos numa formação desta dimensão sentimos a necessidade pessoal e profissional de aprofundar e apreender novos conhecimentos na área de saúde mental aliados à nossa prática profissional, sendo apenas há 3 anos em contexto de cuidados de saúde primários.



A enfermagem de saúde mental foca-se na promoção da saúde mental e do bem-estar identificando riscos para a saúde mental, na prevenção e diagnóstico, sendo a intervenção do enfermeiro especialista em saúde mental a prestação de cuidados centrados na pessoa ao longo do ciclo vital, quer em contextos profissionais, internamento e comunidade (Regulamento nº 356/2015, OE).

Tal como refere Neves (2012) no seu estudo, o papel profissional do enfermeiro, nomeadamente na área preventiva e nos cuidados em contexto domiciliário, poderá contribuir significativamente para a reorientação e desenvolvimento de abordagens interdisciplinares nos CSP. Neste ponto agrega-se a quarta competência de Mestre: ***Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida.***

Refletindo sobre a prática e sobre os conhecimentos detidos e adquiridos podemos conhecer-nos a nós próprios ajustando as nossas necessidades de formação. Para Hesbeen a formação “ (...) é a oportunidade de prosseguir e aprofundar o despertar para a maravilha do outro e para as «coisas da vida», bem como a estetização e a revelação da beleza e da utilidade dos cuidados de enfermagem.” (2000, p.138)

Segundo o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental (Regulamento nº 356/2015, OE) na procura da excelência no exercício profissional, destacam-se a identificação precoce das necessidades em saúde mental, relativamente às quais o enfermeiro tem competências para prescrever, implementar e avaliar intervenções com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados visando aumentar e/ou manter o bem-estar de todos os seus utentes.

Durante o Estágio Final tivemos a oportunidade de estabelecer e desenvolver uma relação de confiança e empatia com o CFP, que segundo refere Peplau (1992) permite elaborar planos de enfermagem que transformam a doença numa experiência enriquecedora para o utente. O processo terapêutico da relação interpessoal entre enfermeiro-cuidador constrói-se em quatro fases, ao longo das quais o enfermeiro desempenha diferentes papéis (George, *et al.*, 2000).

Vivenciámos os diferentes papéis na primeira pessoa, através da relação interpessoal que estabelecemos com o CFP desenvolvendo esforços para ajudar a pessoa a reassumir o curso da sua vida encontrando um sentido e um valor para o seu papel de cuidador. Foi um processo gradativo contruído por etapas com avanços e recuos, no qual tivemos sempre em primeiro lugar



as escolhas da pessoa. Mobilizámos na prática clínica um conjunto de saberes e conhecimentos científicos, técnicos e humanos demonstrando níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão que se traduziram num conjunto de competências clínicas especializadas (Regulamento nº 515/2018, OE). Consideramos assim ter atingido a sétima competência de Mestre: ***Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.***

## **CONCLUSÃO**

A família continua a ter um papel de destaque na prestação de cuidados à pessoa dependente sendo essencial envolver a mesma nos cuidados e compreender as interações com a pessoa dependente. O significado de ser cuidador está diretamente associado com o tipo de relação familiar construída ao longo da vida e aos sentimentos que sobressaem dessa relação. É necessário investir na formação de vínculos familiares, através do diálogo, identificação de problemas e possíveis soluções, de forma a capacitar a família neste processo.

Cabe ao profissional de enfermagem que trabalha com famílias integrar a família no cuidar, nomeadamente o familiar prestador de cuidados, para que este expresse as dificuldades e as necessidades que apresenta como CI. Verificou-se que os CI (s) como grupo vulnerável apresentam sobrecarga associada ao cuidar, pelo que a avaliação sistemática deverá constituir um elemento-chave na prática de cuidados domiciliários. Os cuidadores necessitam de se sentir apoiados, orientados, valorizados e reconhecidos pelo seu trabalho, para que o cuidado prestado seja vivido como um ato de afeto e não como algo esgotante levando a sentimentos de sobrecarga.

Cabe ao EESMP estabelecer um processo terapêutico com o cuidador, através de pressupostos que assentam na comunicação, no comportamento humano e na relação de ajuda tendo como objeto de estudo a resposta humana aos problemas de saúde mental e aos processos de vida. As bases da intervenção terapêutica enfatizam o papel da relação, sendo que nesta perspetiva o enfermeiro deve prestar atenção a todos os aspetos presentes na relação com a pessoa e ao longo da entrevista colher dados e estabelecer um diagnóstico estruturado permitindo desta forma perceber a pessoa de uma forma global e determinar orientações em relação às modalidades de intervenção (Chalifour, 2009).

Através da comunicação estabelecida deve o EESMP utilizar técnicas de comunicação (verbal e não verbal) com o objetivo de identificar quais as necessidades do cuidador, suas capacidades internas e recursos externos, que sejam promotores de bem-estar e suscetíveis de menor sobrecarga para o mesmo. No contato direto com a pessoa deve desenvolver a escuta ativa,

respeitar a individualidade, ter uma atitude empática, ser assertivo e utilizar sempre uma linguagem clara e assertiva.

Em colaboração com toda a equipa multidisciplinar o enfermeiro deve dirigir e disponibilizar recursos da comunidade e adaptar uma abordagem holística dos cuidados individualmente às necessidades/sentimentos do cuidador, para o tornar um aliado nos cuidados. Torna-se necessária a realização e implementação de um projeto comunitário baseado na prestação de cuidados de enfermagem visando a prevenção e deteção precoce de alterações na área da saúde mental. Para a promoção da autonomia e apoio ao cuidador propõem-se programas preventivos de treino relativo ao cuidado e desenvolvimento de áreas de lazer contribuindo para o seu bem-estar e qualidade de vida dos seus familiares dependentes.

Dos estudos analisados que integram a nossa Revisão Integrativa, apenas dois implementaram programas de suporte ao CI com a realização de sessões psicoeducativas em grupo e aconselhamento psicoterapêutico individual (Bidarra, 2013; Rocha, 2014). A reabilitação do cuidador através de intervenção individual com aconselhamento psicoterapêutico, tal como a psicoterapia mostrou ser das intervenções terapêuticas que permitiu uma libertação, maturidade e um desenvolvimento psicológico levando a uma transformação no mundo interior da pessoa (Rogers, 1985).

A partilha em grupo (aprender pelos exemplos dos outros) e apoio mútuo entre cuidadores, quantificar o grau de satisfação da família em relação aos cuidados prestados, valorizar os pedidos de ajuda das famílias, orientação prática e informações sobre a doença/dependência da pessoa dependente, adaptações no ambiente físico do cuidado no domicílio, oferta de oportunidade para o cuidador expressar e acolher sentimentos, estimula ao relato de dificuldades e experiências para enfrentar dificuldades e manter a proximidade com os cuidadores.

A evidência mostrou que só através do conhecimento das necessidades/sentimentos dos cuidadores é possível uma avaliação diagnóstica por parte do EESMP, como uma proposta complementar ao núcleo de intervenções que efetivamente se identificaram. Verificámos que existe um grande número de estudos descritivos da problemática dos cuidadores, no entanto não foram encontrados muitos estudos experimentais sobre intervenções terapêuticas, que estejam comprovadas como eficazes na promoção da saúde mental do CI. Esperamos com este Relatório ter contribuído para mostrar a importância de se devolverem mais estudos sobre as diversas intervenções terapêuticas que o EESMP pode desenvolver junto do cuidador familiar.

A escolha de uma UCC para a realização do Estágio Final foi uma experiência bastante enriquecedora, porque permitiu o contato direto com as famílias prestadores de cuidados que se revelaram com carência de cuidados na área de saúde mental. A intervenção comunitária revelou-se assim uma unidade, que pelas suas características poderá contribuir de forma bastante positiva para a visibilidade dos cuidados de enfermagem nesta área.

O presente Relatório de Estágio reúne contributos e aspetos que tivemos presentes no nosso processo de aprendizagem em termos de crescimento pessoal e profissional refletindo as nossas vivências e experienciando as nossas abordagens psicoterapêuticas efetuámos ao CFP enfatizando a necessidade de este diminuir níveis de sobrecarga e stress, para manter uma boa saúde mental, imprescindível ao papel de cuidador e que se reflete na qualidade dos cuidados prestados.

Concretizámos os objetivos propostos no início deste Relatório que foram: apresentar o Relatório de Mestrado, através da Metodologia de Projeto; refletir sobre a importância da intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica no âmbito do cuidado de enfermagem ao cuidador informal/familiar em sobrecarga na UCC; descrever reflexivamente a aquisição das competências desenvolvidas no percurso do Mestrado e Estágio Final.

As nossas principais conclusões emergem da análise e interpretação dos dados, das questões formuladas, dos objetivos propostos e de toda a pesquisa que fizemos em relação ao enquadramento teórico que foi estruturador da investigação. Através dos resultados finais contribuímos para novos conhecimentos na área do CI, ainda que reconhecendo as limitações deste Relatório.

Convencidos que o diagnóstico e as intervenções terapêuticas do EESMP são fundamentais para melhorar o bem-estar e qualidade de vida dos CI (s) visando a potencialização das suas capacidades contribuímos em ganhos, ao nível da sintomatologia de sobrecarga da população-alvo dos nossos cuidados. Demonstrámos com o nosso estudo possíveis ganhos em Saúde para o ACES, onde a UCC a sul do Tejo se insere e da mesma forma aberto caminho, para que futuros EESMP possam implementar intervenções terapêuticas com os CI/CFP dando visibilidade à sua prática clínica.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abrunheiro, S. F. S., Apóstolo, J. L. A., Pinto, J. M. D. M. (2015). Vivendo o envelhecer: uma perspetiva fenomenológica. In J. Apóstolo & M. Almeida (Eds.), *Enfermagem de Saúde do Idoso. Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde*. Coimbra, Portugal: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS], (2016). Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). Disponível em: <http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/RNCCI-Relatorio-Monitorizacao-Anual-2016.pdf>
- Alarcão, I., & Tavares, J. (2003). *Supervisão da prática pedagógica: Uma perspectiva de desenvolvimento e de aprendizagem*. 2ª Edição. Coimbra: Almedina.
- Almeida, V., Lopes, M., Damasceno, M., (2005). Teoria das relações interpessoais de Peplau: análise fundamentada em Barnaum. *Revista Esc Enferm USP*; 39(2), p.p. 202-10. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n2/11.pdf/>
- Alonso, M., López, I., Vargas, M. & Aguilera, P. (2015). Sobrecarga y Burnout en cuidadores informales del adulto mayor. *Revista Enfermería Universitaria*, 12 (1), p.p 19-27. Disponível em: <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v12n1/v12n1a4.pdf>
- Amaral, A. C. (2010). *Prescrições de Enfermagem em Saúde Mental - Mediante a CIPE*. Loures: Lusociência. ISBN: 978-972-8930-55-4
- American Psychological Association (2012). Referências e Citações Bibliográficas. Escola Superior de Educação de Coimbra. 6ª Edição.
- André, S., Nunes, M., Martins, M., Rodrigues, V., (2013). Saúde mental em cuidadores informais de idosos dependentes pós-acidente vascular cerebral. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série, nº 11, p.p. 85-94. Disponível em: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0874-02832013000300010](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832013000300010)
- Apóstolo, J. (2017). Síntese Da Evidência No Contexto Translação Da Ciência. Escola Superior de Coimbra. Universidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem. Lousanense, Lda. Lousã. ISBN: 978-989-99426-5-3

- Araújo, I. M., Paúl, C. & Martins, M. M. (2008) - Cuidar das famílias com um idoso dependente por AVC: do hospital à comunidade - um desafio. *Referência*. Série 2, nº 7, p.p. 43-53
- Araújo, I. M., Paúl, C. & Martins, M. M. (2009) – Cuidar de idosos dependentes no domicílio: desabafos de quem cuida. *Ciência, Cuidado e Saúde*. Vol. 8, nº 2, p.p. 191-197
- Araújo, I. M., Paúl, C. & Martins, M. M. (2010). Cuidar no paradigma da desinstitucionalização: A sustentabilidade do idoso dependente na família. *Referência, III série (2)*, p.p. 45-53
- Araújo, I., & Santos, A. (2012). Famílias com um idoso dependente: avaliação da coesão e adaptação. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série nº 6, p.p. 95 – 102. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn6/serIIIIn6a09.pdf>
- Barbosa, B., Koopmans, F., Silveira, A. (2010). O desenvolvimento de competências do cuidador do paciente com alzheimer a partir das ideias de Paulo Freire. *Revista Augustus*. Rio de Janeiro. Volume 14, nº 29. fevereiro. p.p. 35-44
- Bastos, M. L. (1998). *Da Intenção de mudar à mudança: um caso de intervenção num grupo de enfermeiras*. Lisboa. Editora: Rei dos Livros.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito. Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem* (A. Queirós, Trad.). Coimbra: Quarteto.
- Bidarra, M. (2009). Livro de Atas, *A saúde Mental e a Vulnerabilidade Social*, Editorial: Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental (SPESM), Maia. ISBN: 978-989-96144-1-3.199-209. Disponível em: [https://issuu.com/spesm/docs/e-book\\_informacao\\_saude\\_mental](https://issuu.com/spesm/docs/e-book_informacao_saude_mental)
- Bidarra, M. (2011). E-book, Informação e Saúde Mental. Divulgação: SPESM. 137-146. ISBN: 978-989-96144-3-7 Disponível em: [https://issuu.com/spesm/docs/e-book\\_informacao\\_saude\\_mental](https://issuu.com/spesm/docs/e-book_informacao_saude_mental)
- Bidarra, M. (2013). *Sobrecarga do Familiar Cuidador da Pessoa com Quadro de Demência, em contexto domiciliário*. Relatório do trabalho de Projeto para Candidatura ao grau de Mestre em Enfermagem Saúde Mental e Psiquiatria. Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Setúbal. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/6298>
- Boff, L. (2011). *Saber cuidar: Ética do humano – Compaixão pela terra*. 15ª Edição. Petrópolis: Editora Vozes.
- Boterf, G. (2003). *Développer la compétence des professionnels*. 4ª edição. Paris. Édition d'Organisation.

- Briggs, J. (2015). Systematic Review Resource Package. The Joanna Briggs Institute Method for Systematic Review Research Quick Reference Guide. Version 4.0. Disponível em: [http://joannabriggs.org/assets/docs/jbc/operations/can-synthesise/CAN\\_SYNTHSISE\\_Resource-V4.pdf](http://joannabriggs.org/assets/docs/jbc/operations/can-synthesise/CAN_SYNTHSISE_Resource-V4.pdf)
- Cardoso, M. (2011). *Promover o Bem-estar do Familiar Cuidador – Programa de Intervenção Estruturado*. Dissertação de candidatura ao Grau de Doutor em Enfermagem, Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde.
- Carper, B. (1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. *ANS*, 1 (1), p.p. 23-33. Disponível em: [http://samples.jbpub.com/9780763765705/65705\\_CH03\\_V1xx.pdf](http://samples.jbpub.com/9780763765705/65705_CH03_V1xx.pdf)
- Carrilho, M., J., & Patrício, L. (2010). A situação demográfica recente em Portugal. *Revista dos Estudos Demográficos*, 48, Artigo 5º, Lisboa, p.p. 101-145. Disponível em: [https://www.google.com/search?q=Carrilho%2C+M.%2C+%26+Patrício%2C+L.%2C+\(2008\).+A+situação+demográfica+recente+em+Portugal.+Revista+dos+Estudos+Demográficos%2C+48](https://www.google.com/search?q=Carrilho%2C+M.%2C+%26+Patrício%2C+L.%2C+(2008).+A+situação+demográfica+recente+em+Portugal.+Revista+dos+Estudos+Demográficos%2C+48)
- Cerqueira, A.T.A.R. & Oliveira, N.I.L. (2002). Programa de apoio a cuidadores: uma ação terapêutica e preventiva na atenção à saúde dos idosos. *Psicologia USP*. São Paulo, Vol.13, Nº 1.
- Chalifour, J. (1989). *La relation d'aide en soins infirmiers: une perspective holistique et humaniste*. Paris. ISBN: 2-85030-078-0
- Chalifour, J. (2008). *A Intervenção Terapêutica. Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda*. Volume 1. Lusodidacta - Sociedade Portuguesa de Material Didático. Lda. Loures. ISBN: 978-989-8075-05-5
- Chalifour, J. (2009). *A Intervenção Terapêutica. Estratégias de intervenção*. Volume 2. Lusodidacta – Sociedade Portuguesa de Material Ditático, Lda. Loures. ISBN: 978-989-8075-21-5
- Chérie, H., Peplau, H. E. (2004). Enfermagem Psicodinâmica. In: Tomey AM, Alligood M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e sua obra (modelos e teorias de enfermagem): Modelos e Teorias de Enfermagem*. 5ª Edição, Loures: Lusociência. p.p. 423-434. ISBN: 972-8383-74-6
- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem [CIPE] (2011). Versão 2. International Council of Nursing [ICN]. Edição Portuguesa: Ordem dos Enfermeiros. ISBN Nacional: 978-989-8444-35-6
- Collière, M. F. (1989). *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Printipo – Indústrias Gráficas, Lda. Damaia. ISBN: 972-95420-0-7



- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2012). *Combater a desigualdade: da evidência à ação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Cordeiro, M. P. (2008). Ambiente institucional de um lar de idosos. *Revista de Psicologia*. 1(1), p.p. 379-383
- Costa, A. A. C., Amaral, A. C., Sequeira, C. A. C., Henriques, B. M. R., Almeida, E. F. M. S., Água, N. J. P. B., Simões, R. M. P., Silva, S. M. S., Cruz, V. L. L. C. (2018). Ordem dos Enfermeiros. Padrão de Documentação de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. p.p. 1–47. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/9938/ppadr%C3%A3o-documenta%C3%A7%C3%A3o\\_enfermagem-sa%C3%BAde-mental-e-psiqui%C3%A1trica\\_ausulta%C3%A7%C3%A3o\\_vf.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/9938/ppadr%C3%A3o-documenta%C3%A7%C3%A3o_enfermagem-sa%C3%BAde-mental-e-psiqui%C3%A1trica_ausulta%C3%A7%C3%A3o_vf.pdf)
- Costa, A. S., (2017). Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025. Proposta do Grupo de Trabalho Interministerial (Despacho n.º12427/2016). *Direção-Geral da Saúde*. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>
- Couto, A. M., Castro, E. A. B., & Caldas, C. P. (2016). Experiences to be a family caregiver of dependent elderly in the home environment. *Revista Da Rede de Enfermagem Do Nordeste*, 17 (1), p.p. 76 – 85. Disponível em: <http://doi.org/10.15253/2175-6783.2016000100011>
- Cunha, M. (2011). Impacto Positivo do Acto de Cuidar no Cuidador Informal do Idoso: Um estudo exploratório nos domicílios do concelho de Gouveia [Em linha] Disponível em: <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/4334>
- Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de junho. Ministério da Saúde. *Diário da República*: I Série A, n.º 109, p.p. 3856-3865 Disponível em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/353934/details/maximized>
- Decreto-lei nº 28/2008 de 22 de fevereiro. *Diário da República*, 1ª série nº 38, p.p. 1182-1189 Disponível em: [http://www.smzc.pt/attachments/132\\_DL\\_28\\_2008\\_ACES.pdf](http://www.smzc.pt/attachments/132_DL_28_2008_ACES.pdf)
- Decreto-Lei nº 63/2016 de 13 de setembro. Ministério da Saúde. *Diário da República*, 1ª série. nº 176. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/75319452>
- Decreto-Lei nº 65/2018 de 16 de agosto. *Diário da República*, 1ª série nº 157. Artigo 15º. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/116068879>
- Despacho nº 88/2007. Unidade de Desenvolvimento, Reconhecimento e Validação de Competências do Instituto Politécnico de Setúbal. Disponível em: [https://www.si.ips.pt/ips\\_si/web\\_gessi\\_docs.download\\_file?p\\_name=F1352924700/Despacho\\_Criacao\\_UDRV\\_IPS.pdf](https://www.si.ips.pt/ips_si/web_gessi_docs.download_file?p_name=F1352924700/Despacho_Criacao_UDRV_IPS.pdf)



- Despacho nº 10143/2009 de 16 de abril. *Diário da República*, 2ª série nº 74. Regulamento da Organização e do Funcionamento da Unidade de Cuidados na Comunidade. Disponível em: <http://www.sg.min-saude.pt/NR/rdonlyres/4D921E90-4382-4E9E-B682-3FE85F261D87/16463/Desp101432009ACESUCCReg.pdf>
- Despacho nº 11641/2014 de 17 de setembro. *Diário da República*, 2ª série nº 179. Regulamento de Creditação de Unidades Curriculares do Instituto Politécnico de Setúbal. Disponível em: <https://dre.tretas.org/dre/1077838/despacho-11641-2014-de-17-de-setembro>
- Direcção-Geral de Saúde [DGS] (2006). Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas - Programa Nacional Para a Saúde das Pessoas Idosas. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.
- Direcção-Geral de Saúde [DGS] (2015). Plano Nacional de Saúde. Revisão e Extensão. Disponível em: <http://www2.insa.pt/sites/INSA/Portugues/ComInf/Noticias/Documents/2015/Junho/PNS-2020.pdf>
- EUROCARERS, (2017). The European Pillar of Social Rights and the 'New Start' initiative on Work/Life balance: why are they relevant for Eurocarers? Disponível em: <https://eurocarers.org/about/Update%2014%20June%202017.pdf>
- Fawcett, J. (2000). *Analysis and Evaluation of Contemporary Nursing Knowledge: Nursing Models and Theories*. Philadelphia, PA: F.A. Davis Company.
- Ferré-Grau, C., Lleixà-Fortuño, M., Martins, D., Neves, P., Sequeira, C., Sousa, L. (2017). Necessidades dos Cuidadores Familiares de Pessoas com Demência a Residir no Domicílio: Revisão Integrativa. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, p.p. 45-50. doi: <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0166>
- Ferreira, C. A. (2009). *Envelhecimento e lazer: Um caminho para a qualidade de vida*. Dissertação de mestrado em Saúde Pública. Coimbra. Disponível em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/13532?mode=full>
- Ferreira, I. (2013). *A sobrecarga do cuidador informal de pessoas com dependência*. Relatório do Trabalho de Projeto para Candidatura ao grau de Mestre em Enfermagem Saúde Mental e Psiquiatria. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/5097>
- Ferrito, C., Nunes, L., Ruivo, A., Estudantes do 7º Curso de Licenciatura em Enfermagem, (2010). Metodologia de Projeto: Coletânea Descritiva de Etapas. *Revista Percursos*, 15, p.p. 1-37
- Figueiredo, D. M. P. (2007). *Prestação familiar de cuidados a idosos dependentes com e sem demência* – Tese de Doutoramento, Universidade de Aveiro Secção Autónoma de

- Ciências da Saúde, Aveiro. Disponível em: <https://ria.ua.pt/bitstream/10773/4664/1/209832.pdf>
- Filho, P. G. S. (2009). *Introdução aos métodos de relaxamento* - Encontro paranaense, Congresso Brasileiro de Psicoterapias Corporais. Anais, Curitiba. Disponível em: <http://www.centroreichiano.com.br/artigos>
- Fortin, M. F. (1999). *O processo de investigação: Da concepção à realização*. Loures. Lusociência.
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures. Lusodidacta. ISBN: 978-989-8075-18-5
- Freitas, E., P. L., Cançado, F., Doll, J., Gorzoni, M. (2006). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. (2ª edição). Rio de Janeiro. Guanabara Koogan.
- Garcia, J. R. (2010). *Los tiempos del cuidado. El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores*. (Ministerio de Sanidad y Política Social, Secretaría General de Política Social y Consumo, & Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), Eds.), Colección Estudios: Serie dependencia (1a ed.). Madrid. Disponível em: [http://www.imserso.es/imserso\\_01/documentacion/publicaciones/colecciones/informacion\\_publicacion/index.htm?id=6](http://www.imserso.es/imserso_01/documentacion/publicaciones/colecciones/informacion_publicacion/index.htm?id=6)
- Garrett, C. (2005). Impacto Sócio-Económico da Doença de Alzheimer. Em A. Castro- Caldas & A. d. Mendonça, A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal). Lousã: Lidel, Edições Técnicas, p.p. 227- 236
- Gemito, M. (2015). O quotidiano dos cuidadores informais de idosos. *Revista Ibero-Americana de Saúde E Envelhecimento Envelhecimento*, 1, p.p. 132 – 144. Disponível em: [www.revistas.uevora.pt/index.php/saude\\_envelhecimento/article/view/57](http://www.revistas.uevora.pt/index.php/saude_envelhecimento/article/view/57)
- George, J. et al. (2000). *Teorias de Enfermagem. Os Fundamentos à Prática Profissional*, 4ª edição. Porto Alegre: Artmed. ISBN: 85-7307-587-2
- Germano, A. et al (2003). Código Deontológico de Enfermeiro: anotações e comentários. Ordem dos Enfermeiros.
- Gil, A. (2010). *Heróis do quotidiano. Dinâmicas familiares na dependência*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian/Fundação para a Ciência e a Tecnologia.
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital: Enquadrar os Cuidados de Enfermagem numa Perspectiva de Cuidar*. (M. Ferreira, Trad.). Loures: Lusociência.
- Howk, C. (2004). Hildgard Peplau – Enfermagem Psicodinâmica. *Teorias de enfermagem e a sua obra (modelos e teorias de enfermagem*. 5ª Edição, Loures: Lusociência. p.p. 423-434

- Instituto Nacional de Estatística [INE] (2012). *Censos 2011*. Disponível em: [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_indicadores&indOcorrCod=0007861&contexto=bd&selTab=tab2&xlang=pt](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0007861&contexto=bd&selTab=tab2&xlang=pt)
- Instituto Nacional de Estatística [INE] (2017). *Envelhecer em Portugal: o Estado do País*. Disponível em: <https://www.natgeo.pt/ciencia/2018/04/envelhecer-em-portugal-o-estado-do-pais>
- Instituto Nacional de Estatística [INE] (2018). *Statistics Portugal*. Disponível em: [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaques&DESTAQUESdestboui=315156710&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdestboui=315156710&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt)
- Instituto da Segurança Social, (2014). *Guia prático - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. Instituto da Segurança Social, I.P. Disponível em: [http://www.seg-social.pt/documents/10152/27195/N37\\_rede\\_nacional\\_cuidados\\_continuados\\_integrados\\_rncci/f2a042b4-d64f-44e8-8b68-b691c7b5010a](http://www.seg-social.pt/documents/10152/27195/N37_rede_nacional_cuidados_continuados_integrados_rncci/f2a042b4-d64f-44e8-8b68-b691c7b5010a)
- Junqueira, M. F. R. (2006). *A viagem do relaxamento: Técnicas de relaxamento e dinâmicas* (1ª Edição). Goiânia: Ed da UCG
- Karsch, U. (2003). Idosos dependentes: famílias e cuidadores. *Cadernos de Saúde Pública*, 19 (3), 861-866
- Lage, M. (2005). Cuidados familiares a idosos. In C. Paúl & A. Fonseca (Coord.), *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi. p.p. 202-229
- Lazure, H. (1994). *Viver a Relação de Ajuda*. Lisboa: Lusodidacta
- Le Boterf, G. (2003). *Desenvolvendo a Competência dos Profissionais*. 3ª Edição. Porto Alegre: Artmed. ISBN: 85-363-0129-5
- Le Boterf, G. (2005). *Construir as competências individuais e colectivas*. Porto: ASA
- Lei nº 36/98 de 24 de julho. Lei da Saúde Mental. Diário da Republica Serie I-A (1998-07-24), p. 3544-3550. Disponível em: [https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/75115272/view?p\\_p\\_state=maximized](https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/75115272/view?p_p_state=maximized)
- Lopes, M. J. (2005). *Os Utentes e os enfermeiros: Construção de uma relação*. Dissertação de Candidatura ao grau de Doutor em Ciências de Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Porto. Disponível em: [https://scholar.google.pt/scholar?um=1&ie=UTF-8&lr&q=related:4\\_8JEgg89VK2gM:scholar.google.com/](https://scholar.google.pt/scholar?um=1&ie=UTF-8&lr&q=related:4_8JEgg89VK2gM:scholar.google.com/)
- Lopes, M. J. (2006). *A Relação Enfermeiro-Doente – como intervenção terapêutica*. Coimbra: Formasau. ISBN: 972-8455-6X. Disponível em: <https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/4108/1/INVESTIGA%C3%87%C3%83O%20EM%20SA%C3%9AD E%20-%202.pdf>



- Lopes, M. J. (2011). *A Relação Enfermeiro-Doente como Intervenção Terapêutica: reflexões a partir dos resultados e um trabalho de investigação*, In *Investigação em Saúde Múltiplos Enfoques*, 20-30, Natal: EDUFRRN. ISBN: 978-85-7273-692-3
- Loureiro, L. S. N., Pereira, M. A., Fernandes, M. G. M., Oliveira, J. S. (2015). Percepção de enfermeiras sobre a tensão do papel de cuidador. *Revista Baiana de Enfermagem*, Salvador, vol. 29, nº 2, p.p. 164-171. doi: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v29i2.12596>
- Luders, S. L., & Storani, M. S. (2002). *Demência: Impacto para a Família e a Sociedade*. Em M. P. Netto, Gerontologia. São Paulo: Atheneu, pp. 146-159.
- Machado, P. (2013). *Papel do Prestador de Cuidados - Contributo para promover competências na assistência do cliente idoso com compromisso do Autocuidado*. Dissertação de Candidatura ao Grau de Doutor em Enfermagem. Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.
- Mafra, S.C.T. (2011). A tarefa de Cuidar e as expectativas sociais diante de um envelhecimento demográfico: a importância de redignificar o papel da família. *Revista Brasileira de Geriatria Gerontologia*, 14 (2), p.p. 353-363
- Manoel, M.F., Teston, E. F., Waidman, M. A. P., Decesaro, M. N., Marcon, S. S. (2013). As relações familiares e o nível de sobrecarga do cuidador informal. *Revista Enfermagem – Escola Anna Nery*, 17 (2), p.p. 346-353. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452013000200020>
- Marques, S. (2007). *Os Cuidadores Informais de Doentes com AVC*. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde, Lda.
- Martins, M. M. (2002). *Uma crise acidental na família*. Coimbra: Formasau.
- Martins, J. (2008). Investigação em enfermagem: alguns apontamentos sobre a dimensão ética. *Pensar Enfermagem*. vol. 12, nº2 , pp. 62-66. Disponível em: [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2008\\_12\\_2\\_62-66.pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2008_12_2_62-66.pdf)
- Mata, M. A. P. Da, & Rodríguez, M. T. V. (2012). El cuidado no remunerado de mayores dependientes en el noreste de Portugal. *Prismasocial*, 8 (1989-3469), p.p. 333 – 357. Disponível em: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/8396>
- Melo, G. (2005). Apoio ao doente no domicílio. In Castro-Caldas e Mendonça (Ed), *A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal*. 183-198. Lisboa: Lidel – edições técnicas, Lda.
- Melo, R., Rua, M., Santos, C., (2014). O impacto na sobrecarga dos cuidadores familiares: revisão da literatura sobre programas de intervenção. *Indagatio Didactica*, vol. 6 (2), p.p. 108-120. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/313309073>



- Melo, R., Rua, M., Santos, C., (2014). Necessidades do cuidador familiar no cuidado à pessoa dependente: uma revisão integrativa da literatura. *Revista Referência – Série IV*, nº 2, p.p. 143-151. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn2/serIVn2a15.pdf>
- Mendes, J. (2006). A Relação de Ajuda: Um Instrumento no Processo de Cuidados de Enfermagem. *Revista Informar*, 36 (jan./jun, Ano XII), p.p. 71-77
- Mendes K, Silveira R, Galvão C., (2008). Revisão integrativa: método de pesquisa para a Incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem* [Internet]. [cited 2012 fev6]; 17(4), p.p. 758-64. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>
- Mestrinho, G. (2008). Papéis e Competências dos Professores de Enfermagem. Um quadro de análise. *Pensar Enfermagem*, 12 (2), p.p. 1-12
- Ministério da Saúde. (2008). *Resumo Executivo Plano Nacional de Saúde Mental 2007—2016*. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental.
- Ministério da Saúde [DGS] (2015). Plano Nacional de Saúde. Revisão e Extensão. Disponível em: <http://www2.insa.pt/sites/INSA/Portugues/ComInf/Noticias/Documents/2015/Juho/PNS-2020.pdf>
- Ministério da Saúde, (2017). Relatório Anual – Relatório e Contas do Ministério da Saúde e do Serviço Nacional de Saúde. Disponível em: [http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2018/09/Relatorio\\_e\\_Contas\\_2017\\_.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2018/09/Relatorio_e_Contas_2017_.pdf)
- Moreira, I. (2006). O Doente Terminal em Contexto Familiar: uma análise da experiência de cuidar vivenciada pela família. 2.ª Edição. Coimbra: Formasau. ISBN: 972-8485-77-8.
- Neeb, K. (2000) – *Fundamentos de enfermagem de saúde mental*. Lusociência, Loures.
- Neves, M. (2012). O papel dos enfermeiros na equipa multidisciplinar em Cuidados de Saúde Primários – Revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, 8 (III série), p.p. 125-134
- Nunes, L., Amaral, M., Gonçalves, R. (2005). Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. ISBN: 972-99646-02
- Nunes, L. (2007). Olhar no sentido do futuro: do que temos ao que queremos - na encruzilhada do presente. Disponível em: [http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/per\\_esp\\_dia\\_enf.pdf](http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/per_esp_dia_enf.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos. Disponível em:

<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Ordem dos enfermeiros (2006). *Investigação em Enfermagem*. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao\\_26Abr2006.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2012). *Visitação Domiciliária*. Disponível em: <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/21289>

Ordem dos Enfermeiros (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros*. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto\\_REPE\\_29102015\\_VF\\_site.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf)

Organization for Economic Co-operation and Development [OECD] (2013). *Health at a Glance 2013: OECD Indicators*, OECD Publishing. Disponível em: <https://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2013.pdf>

Organização Mundial da Saúde [OMS] (2001). *Relatório Mundial da Saúde, Saúde Mental nova concepção, nova esperança*. Disponível em: [http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_djmessage\\_po.pdf](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf)

Organização Mundial da Saúde [OMS] (2002). *The Toronto Declaration on the Global Prevention of Elder Abuse*. Disponível em: [http://www.who.int/ageing/projects/elder\\_abuse/alc\\_toronto\\_declaration\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/ageing/projects/elder_abuse/alc_toronto_declaration_en.pdf?ua=1)

Organização Mundial de Saúde [OMS] (2015). *Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde*. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO\\_FWC\\_ALC\\_15.01\\_por.pdf;jsessionid=DD1E8A79C711F5489F80FAFBA74E925D?sequence=6](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf;jsessionid=DD1E8A79C711F5489F80FAFBA74E925D?sequence=6)

Organização Mundial da Saúde [OMS] (2016). *Mental health: strengthening our response*. Fact sheet Updated April 2016. Geneva: World Health Organization. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Papastavrou, E. *et al.* (2007). *Caring for a relative with dementia: family caregiver burden*. *Journal of Advanced Nursing*, Oxford, vol. 58, nº 5, pp. 446-457

Paterson, J. & Zderad, L. (2008). *Humanistic Nursing*. Disponível em: <http://www.gutenberg.org/cache/epub/25020/pg25020.html>

- Pedreira, L. C., & Oliveira, A. M. S. (2012). Cuidadores de idosos dependentes no domicílio: mudanças nas relações familiares. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65 (5), p.p. 730 – 736. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/S0034-71672012000500003>
- Pedrolo, E., Danski, M. T. R., Mingorance, P., Lazzari, L. S. M., Méier, M. J., Crozeta, K. (2009). A Prática Baseada em Evidências como Ferramenta para Prática Baseada Profissional do Enfermeiro. *Revista Cogitare Enferm out/dez*; 14 (4), p.p. 3-760. Disponível em: [https://grupos.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/178267/mod\\_resource/content/1/A%20pr%C3%A1tica%20em%20evid%C3%A2ncia%20como%20ferramenta%20para%20a%20Enfermagem.pdf](https://grupos.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/178267/mod_resource/content/1/A%20pr%C3%A1tica%20em%20evid%C3%A2ncia%20como%20ferramenta%20para%20a%20Enfermagem.pdf)
- Peplau. H. E. (1990). *Relaciones Interpersonales en Enfermeria*. Barcelona: Salvat. Editores, S.A.
- Pereira, H. (2006). Subitamente cuidadores informais: da incerteza ao (s) ponto de equilíbrio. Uma análise do conhecimento existente. *Pensar Enfermagem*, 10 (2), p.p. 19-31
- Pereira, H. (2011). *Subitamente Cuidadores Informais! A experiência de transição para o papel de cuidador informal a partir de um evento inesperado*. Dissertação de candidatura ao Grau de Doutor em Enfermagem, Universidade de Lisboa, com a participação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Lisboa.
- Pereira, M., Soares, A. (2011). *Sobrecarga em Cuidadores Informais de Dependentes de Substâncias*: Adaptação do Caregiver Reaction Assessment (CRA) [Em linha]. Disponível em: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1645-00862011000200011&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1645-00862011000200011&lng=pt&nrm=iso)
- Petronilho, F. A. S. (2007). *Preparação do Regresso a Casa*. Coimbra: Formação e Saúde, Lda.
- Pfaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures. Lusociência. Edições Técnicas e Científicas, Lda. ISBN: 972-8383-84-3
- Pimentel, L. (2001). *O Lugar do idoso na família: Contextos e trajectórias*. Coimbra, Portugal: Quarteto.
- Plano Local de Saúde (PLS), (2017). Enquadramento. Disponível em: <http://www.plsar.pt/o-plsar/>
- Polit, D., Hungler, B. (2000). *Investigación científica en ciencias de la salud*, 6ª edição. McGraw Hill.
- Pordata, (2015). Base de Dados Portugal Contemporâneo. Disponível em: <https://www.pordata.pt/DB/Municipios/Ambiente+de+Consulta/Tabela>



- Regulamento do Estágio Final e Relatório do Mestrado em Enfermagem (2018). *Associação das Escolas Superiores de Enfermagem e Saúde*. Documento facultado pela coordenação do Curso de Mestrado Integrado em Enfermagem em Associação.
- Regulamento nº 356/2015 de 25 de junho. *Diário da República* 2ª série – N.º 122. *Ordem dos Enfermeiros* – Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental. Disponível em: <https://dre.tretas.org/dre/923766/regulamento-356-2015-de-25-de-junho>
- Regulamento nº 515/2018 de 7 de agosto. *Diário da República* 2ª série – N.º 151. *Ordem dos Enfermeiros* – Regulamento de competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Disponível em: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/115932570/details/normal?l=1>
- Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro. *Diário da República*: 2ª Série – N.º 26. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Ricarte, L. F. C. S. (2009). *Sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes no Concelho da Ribeira Grande*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/19131/2/ESCx.pdf>
- Rice, R. (2004). *Prática de enfermagem nos cuidados domiciliários: conceitos e aplicação*. 3ª Ed. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-39-8
- Rocha, B. M. P., & Pacheco, J. E. P. (2013). Idoso em situação de dependência: estresse e coping do cuidador informal. *Acta Paulista de Enfermagem*, 26 (1), p.p. 50 – 56. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/S0103-21002013000100009>
- Rocha, R., (2014). *Intervenção psicoeducativa na saúde mental dos cuidadores informais de idosos com dependência física*. Instituto Politécnico de Leiria. Escola Superior de Leiria. Relatório da Prática Especializada em Enfermagem de Saúde Mental. Disponível em: <https://iconline.ipleiria.pt/handle/10400.8/2735>
- Rogers, C. R. (1974). *A terapia centrada no paciente*. Lisboa: Moraes Editores.
- Rogers, C. R. (1985). *Tornar-se Pessoa*. 7ª Edição. Lisboa. Moraes Editores.
- Ruivo, A., Leal, P., Costa A., & Pereira, M. (2010). Metodologia de projeto: coletânea descritiva de etapas. *Percursos* nº 15 (Janeiro-Março). Escola Superior de Saúde do Instituto politécnico de Setúbal: Publicação da área disciplinar de Enfermagem. ISSN: 16465067



- Santos, C. B. (2004). Abordagem Centrada na Pessoa – Relação Terapêutica e Processo de Mudança. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca*. pp. 18-23. Disponível em: [http://www.psilogos.com/Revista/Vol1N2/Indice2\\_ficheiros/Santos.pdf](http://www.psilogos.com/Revista/Vol1N2/Indice2_ficheiros/Santos.pdf)
- Saraiva, D. (2011). *O olhar dos e pelos cuidadores: Os impactos de cuidar e a importância do apoio ao cuidador*. Dissertação de Mestrado em Intervenção Social, Inovação e Empreendedorismo. Universidade de Coimbra, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação e Faculdade de Economia. Coimbra.
- Sarmiento, E., Pinto, P., Monteiro, S. (2010). *Cuidar do idoso: Dificuldades dos familiares*. Coimbra, Portugal: Formasau.
- Sequeira, C. A. C. (2007). *O aparecimento de uma perturbação demencial e suas repercussões na família*. Tese de Doutoramento. Universidade do Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/5403>
- Sequeira, C. A. C. (2010a). Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do cuidador de Zarit. *Revista referência II*, 12, p.p. 9-16. Disponível em: <http://www.index-f.com/referencia/2010pdf/12-0916.pdf>
- Sequeira, C. A. C. (2010b). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa, Portugal: Lidel - edições técnicas.
- Sequeira, C. (2016). *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda*. Lisboa, Portugal: Lidel – edições técnicas, Lda.
- Serra, I., Gemito, M. L. (2013). Cuidadores informais: Quem quer ou quem pode? *Enfermagem Contemporânea: Dez termos, dez debates* (Universidade). Évora: Coleção E-books Oficinas Temáticas. Nº1 Disponível em: <http://hdl.handle.net/10174/10411>
- Smyth, J.V., Craig, R.L. (2004). *Prática Baseada na Evidência-Manual para Enfermeiros*. Loures: Lusociência.
- Sociedade Portuguesa Psiquiatria Saúde Mental. *Perturbação Mental em Números*. Disponível em: <http://www.sppsm.org/informemente/guia-essencial-para-jornalistas/perturbacao-mental-em-numeros/>
- Sousa, L., Figueiredo, D. & Cerqueira, M. (2004). *Envelhecer em família: Os cuidados familiares na velhice*. Porto: Âmbar.
- Stuart, G. & Laraia, M. T. (2001). *Enfermagem Psiquiátrica – princípios e prática*. 6ª edição. Porto Alegre: Artmed Editora.

- Taylor, C. (1992). *Fundamentos de Enfermagem Psiquiátrica*, Porto Alegre, 13ª ed., Tradução: Dayse Batista.
- Teixeira, A., Alves, B., Augusto, B., Fonseca, C., Nogueira, J., Almeida, M., Matias, M., Ferreira, M., Narigão, M., Lourenço, R., Nascimento, R. (2017). Medidas de Intervenção Junto dos Cuidadores Informais. Documento Enquadrador, Perspetiva Nacional e Internacional. Disponível em: [http://cuidadores.pt/sites/default/files/documentos/Doc\\_CI.PDF](http://cuidadores.pt/sites/default/files/documentos/Doc_CI.PDF)
- Tomey, A., Alligood, M. (2004). *Teóricas de enfermagem e a sua obra (modelos e teorias de enfermagem)*. 5ª Edição, Loures: Lusociência.
- Torrinha, A. (2017). *Cuidadores familiares da pessoa com síndrome demencial: Intervenções especializadas de enfermagem de saúde mental*. Relatório de Estágio, para Mestrado na área de especialização de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Townsend M. C. (2011). *Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria – Conceitos e Cuidados na Prática Baseada na Evidência*. Loures: Lusociência.
- Trindade, I., Almeida, D., Romão., M., Rocha, S., Fernandes, S., Varela, V., Braga, M., (2017). Caracterização do grau de sobrecarga dos cuidadores de utentes dependentes da Unidade de Saúde Familiar. *Revista Portuguesa de Medicina Geral Familiar*, p.p. 178-186. doi: <http://dx.doi.org/10.32385/rpmgf.v33i3.12160>
- United Nations (1948). Universal Declaration of Human Rights. Disponível em: <https://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/>
- Vacheret, C. (2008). A Fotolinguagem: um método grupal com perspectiva terapêutica ou formativa. Universidade Lumière – Lyon II. *Psicologia: Teoria e Prática*. p.p. 180-191. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v10n2/v10n2a14.pdf>
- Valle-Alonso, M. J., Hernández-López, I. E., Zúñiga-Vargas, M. L., Martínez-Aguilera, P., (2015). Sobrecarga y Burnout en cuidadores informales del adulto mayor. *Revista Enfermería Universitaria*, 12 (1), p.p. 19-27. Disponível em: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-70632015000100004](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632015000100004)
- Vaz, E. J. V., (2012). Relatório de Estágio, para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Lisboa.
- Vibedeck S.L. (2011). Relações Terapêuticas. In: Vibedeck SL. *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed. p.p. 94-110. ISBN: 978-1-60547-861-6

World Health Organization. (2002). Active ageing: a policy framework. Geneva.

World Health Organization (2015). Draft 1: Global Strategy and Action Plan on Ageing and Health. Geneva.

Wright, L. & Leahey, M. (2009). *Enfermeiras e Famílias: Um guia para avaliação e intervenção na família*. 4ª Edição. Brasil: Roca.

Yeom, J., Yoo, R., Bae, S., Kang, Y., Kim, G.H., Na, H.R., Choi, S.H. & Jeong, J.H. (2016). Recent Updates of Therapeutic Intervention Programs for Caregivers of Patient with Dementia: Proposal of Hospital-Based Individual Therapy. *Dementia and Neurocognitive Disorder*. 15 (2), 29-36.

## **ANEXOS**



## **Anexo I – Escala de Sobrecarga do Cuidador (Zarit)**

### ESCALA DE SOBRECARGA DO CUIDADOR

Steve Zarit, 1980

Versão Portuguesa de Sequeira (2007)

Trata-se de uma escala que avalia a sobrecarga do cuidador informal. Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de que modo se aplica ao seu caso, colocando o sinal **X** no espaço que melhor corresponder à sua opinião.

Número	Item	Nunca	Quase Nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1	Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?					
2	Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?					
3	Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?					
4	Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?					
5	Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?					
6	Considera que a situação atual afeta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?					

7	Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?					
8	Considera que o seu familiar 'está dependente de si?					
9	Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?					
10	Vê a sua saúde ser afetada por ter de cuidar do seu familiar?					
11	Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?					
12	Pensa que as suas relações sociais são afetadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?					
13	Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitarem devido ao seu familiar?					
14	Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?					
15	Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?					
16	Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?					

17	Considera que perdeu o controle da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?					
18	Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?					
19	Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?					
20	Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?					
21	Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?					
22	Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?					



## **Anexo II – Escala de Ansiedade (Hamilton)**

Extraído do livro de Jacques Chalifour (2001): “*L’intervention thérapeutique*”, vol 1  
Traduzido e adaptado por Glória Toletti (2007).

---

## **INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DA ANSIEDADE**

### **ESCALA DE ANSIEDADE DE HAMILTON<sup>1</sup>**

A escala mede os dois grandes componentes da ansiedade: a ansiedade psíquica, onde predominam os sintomas psíquicos, e a ansiedade somática, que se caracteriza por sintomas físicos:

- Os sintomas da **ansiedade psíquica** incluem um humor ansioso, tensões, medos, insónia, disfunção intelectual e um humor depressivo.
- A **ansiedade somática** compreende por seu lado sintomas musculares, sensoriais, cardiovasculares, respiratórios, gastrointestinais, génito-urinários e neurovegetativos.

O último ponto da escala de Hamilton, “Comportamento durante a entrevista” serve para documentar diversos aspectos tais como a agitação do paciente, a palidez, uma respiração rápida, etc.

Considerando separadamente os totais das categorias I e II (quadro B.2), avalia-se separadamente o grau de ansiedade psíquica e o da ansiedade somática. Estes dois resultados permitem ao terapeuta determinar a natureza da ansiedade, em função do tipo de sintomas predominante sejam eles de ordem psíquica ou somática.

Comparando os resultados obtidos no decurso dos sucessivos encontros, o terapeuta pode observar a evolução do estado da pessoa e avaliar a eficácia dos métodos terapêuticos utilizados. Realçamos contudo que, antes de preencher esta escala, o

---

<sup>1</sup> Com a autorização do editor, este texto é adaptado de Lassonde e Fontaine (1986, p. 133-139).

terapeuta (ou a própria pessoa) não deve consultar os resultados das escalas anteriores.

A escala de Hamilton constitui assim um instrumento simples e muito útil, tanto a nível da prática que ao nível da pesquisa. Permite uma avaliação mais objectiva da ansiedade e dá uma boa ideia sobre a sua evolução.

#### **Procedimentos:**

Para cada sintoma, o terapeuta determina o score apropriado: **ausentes** (0), **um pouco** (1), de **forma moderada** (2), **frequentes** (3), **extremamente frequentes** (4).

Adicionando-os, obtém o grau de ansiedade da pessoa:

- Um resultado inferior a 12 indica uma ansiedade normal;
- Um resultado superior a 12 e inferior a 18 caracteriza uma reacção patológica ligeira;
- Um resultado superior a 18 e inferior a 25 corresponde a uma ansiedade patológica moderada;
- Um resultado superior a 25 revela uma ansiedade patológica grave;

Habitualmente, acima de 20, o funcionamento da pessoa está perturbado. Quando se atinge esse nível, pode aconselhar-se a prescrição de ansiolíticos.



**Quadro B 2**  
**Escala de avaliação da ansiedade**

Sintomas	Ausência	Um pouco	Moderada	Frequente	Muito frequente
<b>Categoria I</b>					
<b>Ansiedade psíquica</b>					
Humor ansioso					
Tensões					
Medos					
Insónia					
Disfunção intelectual					
Humor depressivo					
<b>Total Categoria I</b>					
<b>Categoria II</b>					
<b>Ansiedade somática</b>					
Sintomas musculares					
Sintomas sensoriais					
Sintomas cardiovasculares					
Sintomas respiratórios					
Sintomas gastrointestinais					
Sintomas génito-urinários					
Sintomas neurovegetativos					
<b>Total Categoria II</b>					
<b>Total Categorias I e II</b>					



**Quadro B 2a**

**Escala de avaliação da ansiedade**

<b>Avaliações periódicas</b>	<b>Data 1</b>	<b>Data 2</b>	<b>Data 3</b>	<b>Data 4</b>
<b>Categoria I - Ansiedade psíquica</b>				
Humor ansioso				
Tensões				
Medos				
Insónia				
Disfunção intelectual				
Humor depressivo				
<b>Total Categoria I</b>				
<b>Categoria II - Ansiedade somática</b>				
Sintomas musculares				
Sintomas sensoriais				
Sintomas cardiovasculares				
Sintomas respiratórios				
Sintomas gastrointestinais				
Sintomas génito-urinários				
Sintomas neurovegetativos				
<b>Total Categoria II</b>				
<b>Total Categorias I e II</b>				

Extraído do livro de Jacques Chalifour (2001): "L'intervention thérapeutique", vol 1  
Traduzido e adaptado por Glória Toletti (2007).

### **Anexo III – Certificado do 1º Fórum da Saúde Mental – Lisboa**



## CERTIFICADO

Certifica-se que Maria da Graça Ferreira Gomes Damião Correia participou no 1º Fórum da Saúde Mental, organizado pela Câmara Municipal de Lisboa, que decorreu nos dias 26 e 27 de setembro, entre as 9h00 e as 17h30, no Fórum Lisboa.

Lisboa, 27 de setembro de 2018

A Diretora de Departamento de Desenvolvimento e Formação

  
Luísa Dornellas



**Anexo IV – Certificado das 1<sup>as</sup> Jornadas de Psiquiatria e Saúde Mental do CHBM**





## CERTIFICADO

Certifica-se que Maria da Graça Ferreira Gamito Damião Correia participou nas 1<sup>as</sup> Jornadas de Psiquiatria e Saúde Mental do CHBM, EPE subordinadas ao tema **“Os afetos nas suas dimensões”**, realizadas no Auditório Municipal Augusto Cabrita, nos dias 11 e 12 de outubro de 2018.

Barreiro, 12 de outubro de 2018

Gláucia Leirne

A comissão organizadora

HOSPITAL de N.ª S.ª do ROSÁRIO, E.P.E.  
PSIQUIATRIA



## **Anexo V – Certificado das Jornadas de Saúde Mental 2018**





## **APÊNDICES**



## **Apêndice I – Tabelas de Avaliação dos Estudos para a Revisão Integrativa da Literatura**

### Avaliação Crítica de Estudos Qualitativos\*

Estudo 1 - E 1		“As Relações Familiares e o nível de Sobrecarga do Cuidador Familiar”			
CRITÉRIOS	Sim	Não	Pouco claro	Não aplicável	Comentário
Há congruência entre a perspectiva filosófica apresentada e a metodologia de investigação	X				
Há congruência entre a metodologia de investigação e a pergunta ou objetivos	X				
Há congruência entre a metodologia de investigação e os métodos de colheita de dados	X				
Há congruência entre a metodologia de investigação e a apresentação e análise dos dados	X				
Há congruência entre a metodologia de investigação e a interpretação dos resultados					
Há uma explicitação do posicionamento cultural ou teórico do investigador			X		
A influência do investigador na investigação e vice-versa é abordada			X		
Os participantes e a sua voz estão adequadamente representados	X				
A investigação é ética de acordo com critérios em uso para estudos recentes, há evidência de aprovação ética por um órgão adequado	X				
As conclusões da investigação parecem fluir da análise, da interpretação, ou dos dados	X				

\* Fonte: QARI critical appraisal tools – Joanna Brigs Institute Reviewrs’ manual 2011 (p. 147)  
Adaptado de MARB – 14/Fev/2013

### **AVALIAÇÃO CRÍTICA PARA ESTUDOS DESCRITIVOS**

Título: “Saúde mental em cuidadores informais de idosos dependentes pós-acidente vascular cerebral” Estudo 2 – E2	Sim	Não	Pouco claro
1. O estudo foi baseado numa amostra aleatória ou pseudo-aleatória?	X		
2. Os critérios de inclusão da amostra foram claramente definidos?	X		
3. Foram identificados fatores confundentes e estratégias para lidar com eles?			X
4. Os resultados foram avaliados com critérios objetivos?	X		
5. Se foram feitas comparações, a descrição dos grupos está suficientemente clara?			
6. O acompanhamento foi realizado durante o tempo suficiente?			X
7. Os resultados dos participantes que abandonaram o estudo foram descritos e incluídos na análise?		X	
8. Os resultados foram avaliados de forma confiável?	X		
9. A análise estatística foi adequada?	X		

Avaliação:

Incluir ☒

Excluir ☐

Procurar mais informação ☐

Comentários (razões para a decisão): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### AVALIAÇÃO CRÍTICA PARA ESTUDOS DESCRITIVOS

Título: "Sobrecarga Y Burnout en cuidadores informales del adulto mayor" Estudo 3 – E3	Sim	Não	Pouco claro
1. O estudo foi baseado numa amostra aleatória ou pseudo-aleatória?	X		
2. Os critérios de inclusão da amostra foram claramente definidos?	X		
3. Foram identificados fatores confundentes e estratégias para lidar com eles?	X		
4. Os resultados foram avaliados com critérios objetivos?	X		
5. Se foram feitas comparações, a descrição dos grupos está suficientemente clara?	X		
6. O acompanhamento foi realizado durante o tempo suficiente?	X		
7. Os resultados dos participantes que abandonaram o estudo foram descritos e incluídos na análise?		X	
8. Os resultados foram avaliados de forma confiável?	X		
9. A análise estatística foi adequada?	X		

Avaliação:  
informação

Incluir ☒

Excluir ☐

Procurar mais ☐

Comentários (razões para a decisão):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



Avaliação Crítica de Estudos Qualitativos\*

Estudo 4 – E4	Título: “Caraterização do grau de sobrecarga dos cuidadores de utentes dependentes da Unidade de Saúde Familiar USF Descobertas”
---------------	--

CRITÉRIOS	Sim	Não	Pouco claro	Não aplicavel	Comentário
Há congruência entre a perspectiva filosófica apresentada e a metodologia de investigação	X				
Há congruência entre a metodologia de investigação e a pergunta ou objetivos	X				
Há congruência entre a metodologia de investigação e os métodos de colheita de dados	X				
Há congruência entre a metodologia de investigação e a apresentação e análise dos dados	X				
Há congruência entre a metodologia de investigação e a interpretação dos resultados	X				
Há uma explicitação do posicionamento cultural ou teórico do investigador	X				
A influência do investigador na investigação e vice-versa é abordada	X				
Os participantes e a sua voz estão adequadamente representados	X				
A investigação é ética de acordo com critérios em uso para estudos recentes, há evidência de aprovação ética por um órgão adequado	X				
As conclusões da investigação parecem fluir da análise, da interpretação, ou dos dados	X				

\* Fonte: QARI critical appraisal tools – Joanna Briggs Institute Reviewrs’ manual 2011 (p. 147)  
Adaptado de MARB – 14/Fev/2013

### Avaliação Crítica de Estudos Qualitativos\*

Estudo 7 – E7		Título: “Percepção de Enfermeiras Sobre a Tensão do Papel de Cuidador			
CRITÉRIOS	Sim	Não	Pouco claro	Não aplicável	Comentário
Há congruência entre a perspectiva filosófica apresentada e a metodologia de investigação	X				
Há congruência entre a metodologia de investigação e a pergunta ou objetivos	X				
Há congruência entre a metodologia de investigação e os métodos de colheita de dados	X				
Há congruência entre a metodologia de investigação e a apresentação e análise dos dados	X				
Há congruência entre a metodologia de investigação e a interpretação dos resultados	X				
Há uma explicitação do posicionamento cultural ou teórico do investigador	X				
A influência do investigador na investigação e vice-versa é abordada			X		
Os participantes e a sua voz estão adequadamente representados	X				
A investigação é ética de acordo com critérios em uso para estudos recentes, há evidência de aprovação ética por um órgão adequado	X				
As conclusões da investigação parecem fluir da análise, da interpretação, ou dos dados	X				

\* Fonte: QARI critical appraisal tools – Joanna Briggs Institute Reviewrs’ manual 2011 (p. 147)  
Adaptado de MARB – 14/Fev/2013

**Apêndice II – Artigo Científico “Intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica na Sobrecarga do Cuidador Familiar: Revisão Integrativa”**

## **INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA NA SOBRECARGA DO CUIDADOR FAMILIAR: REVISÃO INTEGRATIVA**

Correia Maria<sup>1</sup>; Leal Paula<sup>2</sup>

### **RESUMO**

**CONTEXTO:** Estima-se existência de cerca de 827.000 cuidadores informais em Portugal. A prestação de cuidados requer um esforço contínuo a nível cognitivo, emocional e físico, pelo que acarreta um aumento de stress e sobrecarga no cuidador. O cuidar é assumido por uma única pessoa, denominada cuidador familiar principal. A evidência revela que a sobrecarga do cuidador acarreta fatores de risco na saúde mental dos cuidadores familiares. Importa identificar a intervenção terapêutica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica com os cuidadores familiares visando a promoção da sua saúde mental. **OBJETIVO:** Identificar um corpo/núcleo de intervenções terapêuticas de enfermagem de saúde mental, eficazes na gestão da sobrecarga do cuidador familiar. **METODOLOGIA:** Revisão Integrativa da literatura com consulta às bases de dados B. on; EBSCO (CINAHL Complete; Nursing & Allied Health Collection); SCIELO Portugal; Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP) com recurso a fontes documentais de teses de mestrado, doutoramento e relatórios. **RESULTADOS:** Prevê-se identificar um conjunto de intervenções terapêuticas tais como, relação de ajuda, escuta ativa, relaxamento, psicoeducação, intervenção socio terapêutica, psicossocial, entre outras, que constituam um referencial com potencial utilização pelos EESMP (s). **CONCLUSÕES:** A produção científica revela que a oportunidade para expressar necessidades/acolher sentimentos do cuidador familiar é um estímulo para (enfermeiro-cuidador) alcançarem o consenso sobre estratégias eficazes a adotar na promoção da saúde mental do mesmo, desenvolvendo o enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica um referencial com potencial utilização na sua prática clínica.

**Palavras-chave:** Cuidador Familiar; Enfermagem; Intervenção do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica



## **INTERVENTION OF THE SPECIALIST NURSE IN MENTAL AND PSYCHIATRIC HEALTH IN THE OVERLOAD OF THE FAMILY CAREGIVER: INTEGRATIVE REVIEW**

Correia Maria<sup>1</sup>; Leal Paula<sup>2</sup>

### **ABSTRACT**

**BACKGROUND:** It is estimated that there are approximately 827,000 informal caregivers in Portugal. Caregiving requires a continuous effort at the cognitive, emotional and physical levels, which leads to an increase in stress and overload in the caregiver. Caring is undertaken by a single person, called the main family caregiver. The evidence reveals that the caregiver's overload carries risk factors in the mental health of family caregivers. It is important to identify the therapeutic intervention of the Nursing Specialist in Mental and Psychiatric Health Nursing with family caregivers in order to promote their mental health. **AIM:** To identify the body / nucleus of therapeutic interventions in mental health nursing, effective in the overload of the family caregiver. **METHODS:** Integrative literature review, with reference to databases B. on; EBSCO (CINAHL Complete; Nursing & Allied Health Collection); SCIELO Portugal; Scientific Repository of Open Access of Portugal (RCAAP) using documentary sources of thesis of masters, doctorates and reports. **RESULTS:** It is expected to identify a set of therapeutic interventions such as help, active listening, relaxation, psychoeducation, socio-therapeutic intervention, psychosocial, among others, that constitute a referential with potential use by the EESMP (s). **CONCLUSIONS:** Scientific production reveals that the opportunity to express needs / welcome the feelings of the family caregiver is a stimulus for (nurse-caregiver) to reach consensus on effective strategies to adopt in the promotion of mental health of the same, developing nurse specialist in mental and psychiatric health a benchmark with potential use in their clinical practice.

**KEYWORDS:** Family Caregiver; Nursing; Intervention of the specialist nurse in mental and psychiatric health